الفصل السابع والعشرون

علاج اضطرابات الأكل والوزن

Disorders of eating and weight investation

Jane Wardle جين واردل

الفصل السابع والعشرون

علاج إضطرابات الأكل والوزن

جين واردل   Jane Wardle

مقـــــدمة

قطع العلاج النفسى لاضطرابات الأكل والوزن مراحل متباينة ، ويبدو أن الأساليب النفسية تلائم بصورة مثالية هذه الأشكال من عدم السواء مثل الإفراط فى الأكل . ومن ناحية تحققت بعض الإنجازات المثيرة للإعجاب فى عدد من الحالات غير المضبوطة (Stuart , 1967 ; Garfinkel et al., 1973) ومن ناحية أخرى لم تستجب هذه الاضطرابات للعلاج بالقدر المتوقع من السهولة للنماذج السلوكية البسيطة . وقد انتهى التفاؤل المبكر ، الذى انتشر حول التأثير طويل الأمد للعلاج السلوكى للبدانة (Wilson and Brownell , 1980; Garner and Wooley , 1991) ،أو فقدان الشهية العصبى (Garfinkel and Garner 1982).

وقد اعتمد العلاج السلوكى لاضطرابات الأكل أساساً على الإجراءات الفعاله (١) للتدبر (٢) ؛ حيث كانت الأهداف الخاصة بخفض الوزن أو الأكل تحدد ثم تكافيء . وقد استخدمت فى فترة أحدث أيضا مبادئ التشريط التقليدى ، فى ضوء افتراض أن مؤشرات (٣) الاستجابات التشريطية للطعام يمكن أطفاءها من خلال التعرض (٤) لهذه المؤشرات (Wardle , 1990 ; Schmidt and Marks , 1988; Tensen et al ., 1989) . كما حظيت المبادئ المعرفية للتحكم فى الأكل هى الأخرى بقدر كبير من الاهتمام . وقد أدى ذلك إلى ظهور أكثر العلاجات التى يتضمنها التراث العلاجى . وينصح الآن بشكل روتينى ، باستخدام حزمة علاجية معرفية سلوكية (Fairburn , 1985; Le Bow , 1989) ، وعلى الرغم من ذلك فالتحدى الحقيقى ، وهو الأمر الشائع فى مجال علاج اضطراب العادات الأخرى – ليس مجرد تغيير السلوك ، ولكن استمرارية هذا التغيير على المدى البعيد . ومن المعترف به الآن على نطاق واسع أن التغير السلوكى دائمًا مايستمر لفترات قصيرة ، وأن على اساليب العلاج الحديثة أن تكون واقعية فى تقبلها لهذا الأمر .

علاج البدانــة

خلـــفية

جذبت مشكلة البدانة اهتمامًا متزايد فى العالم الغربى على مدى العقود القليلة الماضيه لسببين : الأول هو تراكم الدلائل على مخاطر البدانة على الصحة (National Institue op Health , 1985;

(1) Operant .
(2) Management .
(3) Cues .
(4) Exposure .

Jeffery , 1992) وفى الوقت الذى لايلتفت فيه لعوامل الخطر الأخرى ، مثل التوتر المفرط ، ينظر إلى البدانة على أنها عامل شديد الخطر . الثانى هو تزايد ضغوط الإتجاهات الاجتماعية فى اتجاه تفضيل القوام النحيل أو الذكرى فى النساء . وبينما كانت السمنة تفضل فى وقت سابق ، وما زالت تفضل فى بعض مناطق العالم ، إلا أنها تعد الآن وصمة (Sobel , 1991) . وقد أدى الجمع بين الصحة والاعتبارات الجمالية إلى اهتمام غير مسبوق بفقدان الوزن . وترتفع نسبة النساء ، اللاتى حاولن فى وقت من الأوقات فقدان وزنهن إلى حوالى ٧٠ فى المئة ، والقليلات منهن مَنْ كُنَّ عرضة لمرض خطير لبدانتهن .

وتتسق أساليب العلاج المختلفة فى تأكيدها على أهمية التحكم فى الطعام المستهلك ، على الرغم من أن الجانب المستهدف فى نوع الغذاء يتباين . ولوليم بانتنج William Banting تقرير منذ أواخر القرن التاسع عشر ، حول نجاح ذائع فى خفض الوزن ، من خلال غذاء ذى كربوهيدرات منخفضة (Banting , 1863) ويتوفر منذ ذلك الوقت تراث ضخم ، سواء علمى أو شعبى يتضمن تفصيلات لأنواع لاحصر لها من النظم الغذائية التى يُدّعى أنها تؤدى إلى خفض الوزن (انظر : Dwyer , 1980 ; 1992) . وقد وصل الإنفاق على منتجات النحافة وخدماتها إلى مستويات غير مسبوقه ، ربما يرجع الفضل الأكبر فيها إلى الاهتمامات التجارية واحتياجات جمهور البدناء .

ولاشك فى أنه إذا كان مقدار المدخلات من الطاقة أقل بصورة متسقة من مقدار المخرجات فسيحدث فقدان للوزن . ولاتكمن الصعوبة فى مجرد وجود هذا التوازن السلبى فى الطاقة ، ولكن فى استمراره لفترة طويلة بالقدر الكافى لتحقيق انخفاض جوهرى ومستمر فى الوزن . وتميل كل من العوامل النفسية والبيئية والفسيولوجية مجتمعة نحو استعادة توازن الطاقة . ومن منظور فقد الوزن ، كانت نتائج العلاج الغذائى للبدانة غير مشجعة . وكما يشير برونل ووادن Brownell and wadden « أن احتمال الشفاء من السرطان أيسر من التخلص من السمنة » (Brownell and Wadden , 1983) . وقد تزايد الشك فى إمكان تبديل حجم الجسم بالإرادة (Brownell and Wadden , 1992) ، ويمكن النظر إلى أساليب العلاج السلوكية للبدانة ، باعتبارها توفر الإطار الذى يذعن من خلاله المريض للتوصيات الغذائية الأساسية المتعلقة بكمية الطعام والأنشطة . وقد قدم فيرستر وزملاؤه . Ferster et al (1962) أول تقرير حول تطور برامج التحكم فى الوزن . وتهدف هذه البرامج إلى الحد من تكرار الأكل وسرعه تناوله ، من خلال تعليم المريض إجراءات التحكم فى النفس . وتتضمن هذه الإجراءات أدنى درجات التعرض للمنبهات التمييزية للأكل ، ومكافأه الأكل عندما يحدث بطريقة ملائمة معتدلة ، وخفض القيمة التعزيزية للطعام . وقد نشر ستيورات Stuart (1967) أول تقرير منهجى لتطبيق هذه الأساليب ؛ حيث عالج ثمانى نساء بدينات ، وتوصل إلى نتائج فعالة بصورة مثيرة ، وبالتالى أرسى التطور واسع النطاق للأساليب السلوكية فى علاج البدانة . وحتى وقت حديث للغاية ، لم يكن هناك مايزيد عن التنوع فى الإجراءات فى مجال تعليم التحكم فى كمية الطعام المستهلكة .

وكان أحد الأساليب عبارة عن تطبيق الاستراتيجيات السلوكية لزيادة مستوى النشاط . ويرى باى - سنير Pi - Sunyer (1987) انة يمكن تسهيل الامور على الأشخاص البدناء الذين لايزيدون من كمية الطعام التى يتناولونها لتطابق المستويات المرتفعة من الطاقة المستهلكة ، وبالتالى يكونون فى حالة توازن سلبى ، من خلال زيادة مستويات النشاط الذى يمارسونه . وعلى الرغم من ذلك توحى النتائج العلاجية أن مستويات النشاط أكثر تعلقًا بالمحافظة على الوزن الجديد للجسم من تعلقها بأهداف تحقيق فقدان جوهرى للوزن (Peri et al ., 1986) ، وفى تطور تالٍ أحدث ، تم تبنى فكرة التعديل المعرفى فى

الممارسة الروتينية فى برامج العلاج القائمة ، على الرغم من عدم وجود اتفاق على أيّ مكونات معرفية هى الأهداف المناسبة للعلاج . ويتجة الأسلوب العلاجى المعرفى فى بعض الحالات نحو تعديل الأفكار ، التى تشجع الانتكاس الغذائى أو تمنع حدوثة . مثال ذلك ماحققه الن مارلت فى بحوثة (Marlatt , 1985; Stenberg, 1985) كمايستهدف فى بعض الحالات الأخرى الأفكار السلبية حول الذات ، فى حد ذاتها كالمظهر الشخصى على سبيل المثال . (Wardle , 1989) . وهناك بالمثل قدر كبير من الاهتمام بإمكانية تحقيق فقدان ضخم وسريع فى الوزن ، من خلال تناول أغذية ذات سعرات حرارية شديدة الانخفاض مع العلاج السلوكى فى الوقت نفسة، وقد حقق وادن وستنكارد Wadden and Stunkard (1986) نتائج جيدة على المدى القصير ، من خلال علاج يتضمن العنصرين ، وتوصلا إلى تحقيق فقد فى الوزن ، يبلغ فى المتوسط ١٩,٢٥ كيلو جرام . وعلى الرغم من ذلك ، فقد استعاد الكثير من العملاء قدراً كبيراً من وزنهم الذى فقدوة ، وتراجع حجم الوزن الذى سبق فقدة إلى ٦,٥٣ كيلو جرام على امتداد ثلاث سنوات من المتابعة . ودون أية ميزة محققة فى مجموعة هذا العلاج المشترك (Wadden et al ., 1988) . وعلى الرغم من هذة النتائج الضعيفة مازال هناك تفاؤل بأن الجمع بين التغذية بسعرات حرارية شديدة الانخفاض والعلاج السلوكى ، وبرامج مواصلة أفضل يمكن أن يحقق فقداناً باقياً للوزن .

رغم عدم صمود هذه التطورات العلاجية ، يوجد تحول مهم فى الاتجاهات ، فقد تحولت الثقة الكبيرة التى عبرت عنها تقارير العلاج المبكرة إلى رؤية أكثر حذراً فى إدراك الأخصائيين النفسيين والفسيولوجيين أن انخفاضاً جوهرياً ودائماً للدهون ، قد لايتحقق بالضرورة فى حالة كل المرضى البدناء ، وقد أكدت بعض التقارير (Wooley and Wooley , 1979 ; Wardle , 1989 ; Garner and Wooley , 1991) أهمية قبول أن بعض المرضى قد لايحققون إطلاقاً الوزن المستهدف . وفى هذه الحالة تصبح المساعدة على اكتساب السعادة بصحة جسمية ونفسية أفضل ، على الرغم من أن البدانة مكوناً مهماً فى العلاج . وقد تم فى هذا السياق تبنى أهداف علاجية ، تسعى إلى تحسين نوعية غذاء البدناء ، وزيادة مستويات نشاطهم ومساعدتهم على تبنى صورة أكثر إيجابية للذات . وبهذة الطريقة يمكن خفض عوامل الخطر المتعلقة بأمراض الشرايين التاجية (كالكلسترول والتوتر الزائد) ، وتحسين السعادة النفسية ، حتى عندما لايمكن تحقيق خفض فى الوزن . وتوحى الدلائل الحديثة أنه حتى الانخفاض الضئيل فى الوزن يمكن أن يخفض من مستويات عوامل الخطر بقدر جوهرى (Blackburn and Kanders, 1987). وتتضمن أغلب برامج العلاج السلوكى المعرفى للبدانة العناصر الآتية :

(أ) ملاحظة ذاتية للسلوك . (ب) تحديد الأهداف العلاجية . (جـ) تحديد وتعديل المنبهات الفارقة . (د) تبديل النمط الغذائى . (هـ) خفض مقدار الطاقة المكتسبة (و) زيادة مستويات النشاط . (ز) تحديد المكونات المعرفية الانهزامية. وتتوفر نصائح أكثر فى الكتب التالية : ستيورات Stuart (1967) وستيوارت وديفز Stuart and Davis (1972) ، وماهونى وماهونى Mahoney and Mahoney (1976) ، وستنكارد وماهونى Stunkard and Mahoney (1976) ، وجيفرى وكاتز Jeffery and Katz (1977) ، وأجراس Agras (1987) ، ولوبو LeBow (1989) وسيتم وصف كل اسلوب باختصار فى الأجزاء التالية .

مراقبة الذات :

يعد استخدام السجلات ذات الصور المتنوعة التى تعرضها الكثير من كتيبات العلاج (مثال ذلك : Jeffery and Katz , 1977 ; LeBow , 1989) عماد إجراءات التقيم . إلا أنه يمكن بالمثل أن يكون

بمثابة إضافة علاجية ؛ فالمواقف والأوقات والحالات الواقعية ، التى يحدث فيها تناول للطعام يمكن تحديدها ، وهى توفر معلومات حول أيها يمكن التحكم فى منبهاته . والمرضى الذين يضمّنون فى تقاريرهم إجراءات الملاحظة الذاتية ، يمكنهم إجراء التغيرات بأنفسهم (Ost and Gottesman , 1976) وتذكر بعض الدراسات أن فى مقدورهم خفض أوزانهم ، بما يضاهى مايمكن تحقيقة ، من خلال برامج سلوكية أكثر تعقيداً (Romanczyk et al ., 1973) ومازال الميكانيزم المؤثر فى هذا الأمر غير واضح ،على الرغم من افتراض أنه يقف خلف الإمكانات المتزايدة للتغير الناتجة عن الوعى الذاتى المتزايد . وأحد دلالات ذلك هى أن المعلومات الأساسية التى تتوافر من خلال مراقبة الذات تميل لإخفاء المدى الخاص بأية مشكلات سلوكية . والمراقبة المستمرة للوزن أو الأكل يمكن أن تؤدى بالمثل إلى تحسن الاستمرارية . وعندما تقدم التوصيات حول الخطوات ، التى يتعين إتخاذها إذا عاد الوزن للزيادة مرة أخرى ، حتى حدود معينة ، فيجب أن تعزز المراقبة المستمرة للتحكم فى الوزن على المدى الطويل . وعيب هذا الأسلوب هو أن المراقبة المستمرة والانتباة الوسواسى للوزن والأكل يمكن أن يزيدامن تكلفة نوعية الحياة التى ترجح مزايا خفض الوزن . ومن المؤكد بالطبع أن الوساوس حول الوزن ، التى تعبر عنها الحضارة الغربية يحتمل أن تؤدى إلى قدر كبير من المشكلات لا الحلول .

المواقف المستهدفة

السبب الواضح لعلاج البدانة هو خفض الوزن أو الدهون ، وعادة مايوضع هدف أو مجموعة أهداف فى هذا المجال وتعتمد قيمة الهدف المختار على عدد من العوامل التى تتضمن الوزن المرغوب(Metropolitan Life Insurance Company, 1983) ، والتاريخ الخاص بوزن الشخص ، والاعتبارات الصحية ، ومعلومات المعالج حول الوزن ، الذى يحتمل أن يفقدة المريض نتيجة للعلاج . والمقدار التقليدى للوزن الذى يمكن فقدة يدور حول ١٠ أرطال فى أغلب العلاجات السلوكية ،التى تم تقييمها (Jeffery et al ., 1978) على الرغم من توصل دراسات فردية إلى نتائج أفضل على المدى القصير (مثال ذلك : Wadden and Stunkard , 1986) وعادة ماتحدد الأهداف الفرعية للخفض على مدى الأسبوع بأقل قليلاً من ذلك (بين رطل إلى رطلين فى الاسبوع) ، وذلك بهدف الإقلال من تأثير التضور جوعاً ، ولأن هناك بعض الدلائل على أن الأهداف الواقعية ترتبط بالنتائج الأفضل ، ويتعين ملاحظة أن استهداف فقد مابين ١٠ - ٢٠ رطلاً يمكن أن يكون أكثر دلالة من المنظور الإحصائى وليس الشخصى بالنسبة للشخص الذى يكون مفرط البدانة . وبالتالى فمن الجوهرى مناقشة أهداف فقد الوزن بكل جوانبة ، وبشكل واقعى عند بدء العلاج . وعند تضمين الإجراءات العلاجية ممارسة للرياضة ، فيتعين عندئذ وضع أهداف أكثر ملاءمة لتغيير السمنة (مثال ذلك محيط الجسم) ، وليس مجرد الوزن ؛ لأن ذلك يعد تعبيراً أفضل عن تغير التركيبة البدنية .

وتتطلب الأساليب الجديدة لتدبر السمنة ، والتى تستهدف تحسين احتمالات الخطر مجموعات مختلفة من الأهداف . وقد تكون هذه الأهداف سلوكية (مثال ذلك الاختيارات الغذائية أو مستويات النشاط) أو فسيولوجية (مثال ذلك مستوى الدهون ، واللياقة البدنية) .

التحكم فى المنبه :

تحديد وتعديل المنبهات الفارقة

قدم فيرستر وزملاؤه (1962) . Ferster et al فكرة التحكم فى المنبة . وهى تمثل مرحلة فى فرض عام ، يرى أن مبادئ التدعيم يمكن تطبيقها ذاتياً بالقدر نفسه من البساطة ، التى يمكن أن تضبط به من الخارج . ويفترض فيرستر ان سلوك الأكل جزء من سلسلة سلوكية محكومة بالمؤشرات البيئية والمترتبات ، التى إذا أمكن التعامل معها بصورة ملائمة فستؤدى إلى تنظيم كمية الأكل المستهلك ، دون اعتماد على قوة العزيمة . ويمكن بناء على المقابلات والسجلات تحديد مقدمات الأكل وتطبيق استراتيجيات التعديل الملائمة .

وقد أورد ستيوارت وديفز (1972) Stuart and Davis وبرونل (1987) Brownell عدداً من المقدمات التنبهية التى وجدوا أنه من المفيد تعديلها ، وهى تتضمن وجود طعام مرغوب فية حول مكان السكن، والموقف الذى يتم فية تناول الطعام ، والأنشطة التى تتم خلال تناول الطعام . وبتعبير آخر فإن الناس يميلون إلى الأكل استجابة لتوفر الأطعمة المرغوبة ، وأنهم يأكلون خلال تبادل الأحاديث ، أو مشاهدة التليفزيون . ويأكلون فى مختلف حجرات البيت . ويؤدى الحد من شراء الطعام ، ووضع قيود على الأكل ليكون فى مكان واحد محدد إلى خفض استهلاك الطعام .

ويفترض بالمثل أن للأكل مترتبات تعزيزية إيجابية قوية ، بمعنى أنه مبهج ، وتحدث النتائج العكسية للتوازن الإيجابى للطاقة مثل السمنة وانخفاض اللياقة البدنية فى المستقبل ، وليس على الفور . وبالتالى تهدف أغلب اساليب العلاج السلوكى ، التى توضع فى سياق تكنولوجيا التشريط الفعال ونموذج التدعيم الذاتى أو الخارجى عبور الفترة الزمنية ، قبل حدوث انخفاض فى الوزن .

ويقوم العملاء فى بعض البرامج بإيداع مقدار من النقود أو بعض الأشياء الثمينة لكى يستعيدونها بعد ذلك ، أو يفقدونها بناء على نتائج العلاج (Mann, 1972)كما يمكن تدريب العملاء أيضاً على مبادئ التدعيم ، وأن يشجعوا على تبديل نمط حياتهم ، وبالتالى تصبح الأحداث السارة متوافقة مع الأداء السلوكى المستهدف أو الأهداف المتحققة . والأمثلة على هذا الأسلوب تكون بجعل بعض الأنشطة المثيرة للبهجة متزامنة مع تجنب الأكلات الخفيفة خلال النهار ، وممارسة النشاط الرياضى وإنهاء برامج شراء الطعام .

وتميل الدراسات التى قيمت إجراءات التحكم فى المنبة فى حد ذاتها إلى الإشارة إلى أن الوزن انخفض بالقدر نفسة ، عادة بين رطل ورطلين فى الأسبوع ، ولكن بينما أوضحت بعض الدراسات أن النتائج قد تكون أفضل مما يتحقق فى الاجراءات السلوكية (Beneke et al ., 1978) فشلت دراسات أخرى فى التوصل إلى تأثير محدد . والتعريف الواضح للتحكم الذاتى ، باعتبارة إجراءً علاجياً فعالاً يتطلب إيضاح أنه قد أدى إلى التغيرات السلوكية المرغوبة ، وأن هذا التغير السلوكى لم يحدث دون هذا التدريب المحدد ، وأن التغير السلوكى كان هو المسئول حقيقة عن خفض الوزن . وقد علق الكثير من المؤلفين على ذلك بأن العلاقة بين العلاج بالتحكم الذاتى والتغير الوظيفى وانخفاض الوزن يظل فى حاجة إلى الإيضاح (مثال ذلك : Brownell and Stunkard , 1978; Jeffery et al ., 1978)

تبديل نمط الأكل :

يتسم «نمط أكل البدانة » كما سُمّى فى وقت ما بالتهام الطعام بسرعة والمضغ القليل لكل قضمة (Schachter , 1971 ; Stuart and Davis , 1972) وتعتمد دلالة هذا الأمر من حيث الأسباب المرضية ، وتدبر البدانة على النظرية التى ترى أن بقاء الطعام فى المعدة يستثير إشارات الشبع فيها بعد فترة متأخرة ، وبالتالى يفترض أن الأكل ببطء يتيح الوقت لإشارات الشبع للعمل . أما الأكل السريع فيكتمل قبل تنشيط ميكانيزمات الشبع . والواقع أن الدلائل الخاصة بالأكل السريع لدى البدناء ملتبسة ، وإسهام سرعة الأكل فى زيادة الوزن ، أو بطء الأكل فى خفض الوزن ، سيظل فى حاجة إلى الإيضاح (Mahoney , 1975)

وعلى الرغم من ذلك ، فقد تكون هناك أسباب أخرى ، تدعو لخفض سرعة تناول الطعام ، مثل زيادة الوقت الذى يستغرقة الأكل المثير للبهجة ، وخفض معاناة الشعور بالذنب ، ولإمداد الشخص مفرط البدانة ببعض المؤشرات المباشرة للتحكم ، وبناء على ذلك فإن خفض سرعة تناول الطعام من خلال وقفات بين امتلاء الفم يمكن أن يكون جزءاً من الأسلوب السلوكى .

وكان الجانب الخاص بنمط الأكل الذى جذب اهتماماًمتزايداً هو الأكل الانفعالى(1) , Ganley) 1988 ; Wardle et al ., 1992) والأكل استجابة للحالات الانفعالية السلبية نمط شائع ، قد يبرهن عليه انه صعب على وجة الخصوص فى الحالات ،التى يكون هدف المريض فيها التحكم فى الأكل . فإذا استثار الاكتئاب على سبيل المثال انتهاك النظام الغذائى ، فسيسبب بدورة لوم للذات ، وبالتالى زيادة جديدة فى الاكتئاب ، وتؤدى هذة المرحلة إلى التهيئة لدورة كاملة من النكوص . ويمكن للميكاينزمات من هذا النوع أن تشجع الأكل بنهم ، وتؤدى إلى استمرارة ، وإذا كان الأكل الانفعالى خاصية معتادة لنمط أكل المريض ، فسيصبح من المحتم عندئذ أن يضمن هذا فى الأهداف العلاجية . ومساعدة المريض على تطوير واستخدام بدائل (يفضل أن تكون غير متوافقة) للحالة المزاجية السلبية يعد من الأمور المهمة .

تبديل مقدار الطعام المستهلك

لم يعد هناك جدال ، أو هناك القليل منه ، حول فكرة أن البدناء فى حاجة للأكل بطريقة مختلفة ، ومن المفترض أنهم سيحتاجون لقدر أقل من الطاقة ، وإلى تبديل مصادر الطاقة نحو الكربوهيدرات المركبة والابتعاد عن الدهون . ولا تتجنب التغيرات السلوكية الحاجة إلى خفض السعرات الحرارية ، وتصمم أغلب أساليب العلاج لجعل تغيير مكونات الغذاء أسهل ، بمعنى آخر ، يعد العلاج السلوكى بمثابة الوسط الذى تتم خلالة التغييرات الغذائية . ونموذجياً تعد التوصيات التى يقدمها المعالج مهمة من الناحية الغذائية فى الوقت ، الذى يؤخذ فيه فى الإعتبار تفضيلات الفرد الغذائية . وبصفة عامة فإن تعلم مراعاة الاعتبارات الغذائية يمكن أن يساعد الأفراد على القيام باختيارات للطعام ، تتفق والنظام الغذائى، وأن يكونوا راضين عنها فى الوقت نفسة ، ولهذا فإن خفض استهلاك السعرات الحرارية يمكن تطبيقه بطريقة تؤدى إلى أدنى إرباك لنمط الحياة . وتتوفر الآن بالفعل المعلومات حول مكونات الطعام لدى بعض الأفراد البدناء ، ومقدار ماتحتوية من طاقة ، غير أن أغلبهم سيحتاج تزويدة بالمعلومات . وقد فتحت الضغوط المتعلقة بالسعرات الحرارية التى تحسب للوجبة الواحدة خلال الستينيات والسبعينيات الطريق لتأكيد أهمية الوجبات قليلة الدهون . وهناك مقترحات ترى أن الوجبة التى تحتوى على دهنيات منخفضة،

(1) Emotional Eating .

ستقلل من تخزين الدهون ، ويمكن أن تيسر المرونة فى الأخذ بالقيود الخاصة بالسعرات الحرارية .

وكانت نتائج البحوث فى العلاج السلوكى دائمًا ماتقارن العلاج السلوكى / الغذائى بالأساليب الغذائية البسيطة ، وهى توضح بصورة نمطية وجود ميزة هامشية عند تضمين العلاج السلوكى (Penick et al ., 1971 ; Levitz and Stunkard , 1974 ; Wilson and Brownell , 1980)

وتوحى الدلائل المتزايدة أن الغذاء والبدانة يمكن أن يؤديا كل منهما باستقلال عن الآخر لمخاطر أمراض الشرايين التاجية ، وأن التحول إلى الأكل الصحى يجب النصح به لكل المرضى البدناء . ويعنى ذلك ضرورة التعليم والتدريب على اختيار الوجبات ، التى تتشبع بأقل درجة من الدهون والزيادة فى الألياف[1] والفيتامينات المضادة للأكسدة [2]. وتعليم فهم البيانات المرفقة بالاطعمة هو الخطوة الأولى . كما يتوفر أيضاً عدد من كتب الطهو المتخصصة فى الأطعمة قليلة الدسم ، مرتفعة الالياف ، والتى يمكن أن تكون مفيدة .

زيادة استهلاك الطاقة

قدمت البحوث المبكرة فى العلاج السلوكى مجرد تلميح رمزى لأهمية استهلاك الطاقة . ويرجع ذلك جزئيًا إلى أنه كان من المعتقد أن من الصعوبة بمكان إحداث زيادة فى السلوك . ومن المؤكد أن البدناء أنفسهم كانوا يريدون إنقاص كمية الطعام ، الذى يتناولونه بدلاً من أن يزيدوا من مقدار النشاط الذى يبذلونه . وقد يكون مثل هذا التفضيل موجهًا جيداً للتغير السلوكى ، الذى يكون من السهل اكتسابه ، ولكنة لايؤدى بالضرورة إلى التنبؤ باستمراريتة . وهناك بعض الدلائل فى حالة الأشخاص الأسوياء على أن ممارسة الرياضة تؤدى دوراً تدعيميًا بمجرد قيام الشخص بها ، وذلك لأن خفض مستوى النشاط يعد أمراً منفراً . (Glasser , 1976) والسبب الثانى لتجاهل ممارسة الرياضة ، هو أنه كان يعتقد أنها تلعب دوراً محدوداً فى خفض الوزن ، ويعتقد أغلب البدناء فى هذة الفكرة . وعلى الرغم من ذلك ، فهناك دليل الآن على أن ممارسة الرياضة تسهم بطرق مختلفة ، بالاضافة إلى ذلك ، فى الاستهلاك المباشر للسعرات الحرارية ، كما يبدو أنها تؤثر فى عمليات توازن الطاقة بحيث يفقد الأشخاص الذين يمارسون الرياضة قدراً أكبر من الـــوزن ، أكثر من القدر الذى يمكن التنبؤ به نتيجــة الفقدان المباشر للطاقة ، الناتج عن التمرينات الرياضية (Bray , 1976) وقد يرجع ذلك إلى إخماد الشهية أو إلى التغيرات الأيضية الأكثر دقة .

ويبدو أن الرياضة المخفضة للوزن تتغلب أيضًا على الانخفاض فى المعدل القاعدى الأيضى ، الذى يعانى منه الآكولين (Mayer , 1968) . وأخيراً فمن المعروف أن ممارسة التمرينات الرياضية تؤدى إلى الحفاظ على بنية الانسجة الخالية من الدهون ، خلال فترة فقدان الوزن ، ويفقد الأشخاص الذين يخفضون أوزانهم ، من خلال القيود الغذائية فقط كلاً من الدهون وبنية الأنسجة ، بينما تكون الغلبة عند استعادة الوزن للدهون . وبالتالى تؤدى الدورات المتكررة من فقدان الوزن واستعادته إلى زيادة نسبة دهون الجسم . بينما يميل الأشخاص الذين يخفضون أوزانهم باستخدام قيود غذائية وممارسة للرياضة إلى الحفاظ على بنية الأنسجة ، ويؤدى ذلك بالتالى إلى منع استعادة الأنسجة للدهون فى مجمل البنية الجسمية (Parizkova , 1977 ; Brownell and Stunkard , 1980; Thompson et al .,

(1) Fibre .
(2) Antioxidant .

1982) وقد أظهرت سلسلة من البحوث غير المضبوطة (١) أن الأشخاص ، الذين كانوا يمشون لمدة ثلاثين دقيقة إضافية فى اليوم فقدوا ٢٢رطلاً خلال عام واحد (Gwinup, 1975) وقد وجد ستالوناس وزملاؤه (1978) . Stalonas et al أن الرياضة تساوى فى تأثيرها التحكم الغذائى خلال فترة العلاج ، وأنها أكثر فعالية خلال فترة المتابعة ، بالمثل وجد دالكويتر وزملاؤه (1979) . Dahlkoetter et al ، وبيرى وزملاؤه (1986) . Perri et al ، أن المجموعة التى جمع أفرادها بين التحكم الغذائى وممارسة الرياضة فقدت قدراً أكبر من الوزن ، خلال فترة المتابعة بالمقارنة بمجموعة ، استخدم أفرادها التحكم الغذائى فقط. ويبدو أنه من غير المحتمل أن تؤدى برامج الرياضة فى الوقت الراهن إلى فقدان جوهرى متفوق للوزن ، ولكن قد يكون لها دور هام تلعبة فى منع الإنتكاس بعد العلاج . وهناك سبب مختلف تمامًا لممارسة الرياضة المخفضة للوزن فى برامج علاج البدانة ، متضمن فى خفض عوامل الخطر الجسمية . فغالبًا ماتتأثر كل عوامل الخطر فى البدانة (مثـل ضغط الدم المرتفع ، ومستوى الدهـون المرتـفع . الخ) بالتمرينات الرياضية . والتى يمكن أن تتغلب بالتالى على التأثيرات المرضية للبدانة (Boyer and Kasch , 1970) وبالإضافة إلى ذلك ، توحى الدلائل التراكمية أن ممارسة الرياضة تتضمن تأثيرات مفيدة على صورة الجسم ، وتقدير الذات ، والمزاج . وهى جميعها عناصر ذات أهمية خاصة لدى الأشخاص البدناء (Bouchard et al., 1990) ، وتعتمد الفائدة المحققة من الرياضة على إذعان المريض لبرامج التمرينات الرياضية . والإذعان فى هذا المجال سيء السمعة إلى حد ما . ويبلغ معدل الإذعـان لبرامج اللياقة فى أمراض الشرايين التاجية لدى الأشخاص مرتفعى الدافعية لأقل من ٦٠فى المئة . ويبلغ لدى مجموعة من المتطـوعين الأصحاء ٣٥ فى المئة فقط ، هم من أذعنوا تمامًا لبرامج اللياقة (Ballantyne et al ., 1978) . وتوصلت نتائج برامج التمرينات الرياضية للأشخاص البدناء إلى نتائج مماثلة (Gwinup, 1975; Krotkiewski et al ., 1977) . غير أن معـدلات الإذعان تحسنت حـديثًا من خـلال اقتباس أسـاليب تعديـل السـلوك (Dahlkoetter et al ., 1979; Perri et al ., 1986) ، واستخدام نظام ثنائى لدعم المشاركين . بين الجلسات ، ووديعة مالية تصادر كغرامة ، لعدم حضور الجلسات ، يعد من الاستراتيجيات التى يمكن أن تكون مساعدة .

تحسين صوره الجسم

تمثل صورة الجسم السلبية لدى البدناء مشكلة فريدة فى مجال اضطرابات الأكل ، فعادة مايكون أصحاب فقدان الشهية العصبى أو الشرة العصبى دون النموذج المفضل اجتماعيًا للوزن . ويتجاوز البدناء هذا النموذج بحكم التعريف ، ويميل المعالج لتبنى التفضيلات الثقافية لنحافة المظهر . وقد يكون تدبر صورة الجسم السالبة مشابهًا بقدر أكبر لحالات الشعور بوصمة (٢) جسمية . وقد أوصى سوبال Sobal (1991) باستراتيجية ذات أربعة مكونات : ١ - الاعتراف بالوصمة ٢- كن مستعداً للموقف الذى يمثل وصـمة . ٣ - اسـتـجب بشكل مناسب . ٤ - حل المشكلات التى تؤدى إليـها الوصـمـة . وتعـد هذة الاستراتيجية إطاراً مفيداً للغاية ؛ لمساعدة المرضى البدناء على التعامل مع حالتهم . ويمكن فى الوقت نفسة استخدام أساليب تحسين صورة الجسم والتى تتضمن استراتيجيات معرفية (مثال ذلك خفض التعبيرات الذاتية السلبية) والطرق السلوكية (مثال ذلك استخدام التعرض التدريجى لمواقف محرجة، مثل : السباحة والرقص) (Butters and Cash , 1987; Dworkin and Kerr, 1987) . ولدى

(1) Uncontrolled .
(2) Stigma .

الكثير من المرضى البدناء قائمة من المواقف التجنبية ، تتراوح بين تجنب شراء الملابس إلى تجنب الصلات الجنسية ومساعدتهم على تخطى هذة المخاوف والتغلب عليها يمكن أن يكون جزءاً مهماً فى عمليات تأهيلهم .

ويعتمد تخطيط برنامج التدريبات الرياضية لا على مجرد اختيار المستوى الصحيح من الأنشطة ، ولكن على السياق الذى تتم فية أيضاً . وتستخدم الآن المبادئ السلوكية ، مثل : التحكم فى المنبه (١)، ومراقبة الذات ، والتدعيم لتحقيق ميزة زيادة الإيضاح لهذة البرامج . وتوحى إجراءات التحكم فى المنبة أن البرامج الرياضية التى تتضمن تغيرات محدودة فى الأنشطة اليومية البسيطة ، ستكون أيسر من حيث الالتزام بها (حيث تتطلب درجة أقل من قوة الإرادة) مقارنة بتلك التى تتطلب على سبيل المثال الحضور بعد مواعيد العمل إلى ساحة ألعاب (جمنزيوم) ، على مسافة بعيدة بقدر ما . ويحتمل أن يؤدى العائد المتحقق من النتائج ، من خلال برامج مراقبة الذات التى تمتد من الأنشطة إلى اللياقة إلى البدانة .. إلخ ، إلى الإسهام الإيجابى فى الموقف ، بالإضافة إلى استخدام نظام من المكافآت . ويمكن تطبيق كل ذلك ذاتيًا (مثال ذلك أن يشاهد المريض برنامجًا تليفزيونيًا بعد إكمال تدريباتة ، أو يقوم بإيداع مقدار من النقود، ينفقة على نفسة أو فى عمل خيرى محبب مكافأة لة على انصياعه للبرنامج على امتداد الأسبوع أو يحصل على تشجيع خارجى من أصدقائه وزملائة أو من المعالج مثلاً (Wysocki et al ., 1979) ، ويعتمد اختيار ممارسة الرياضة جزئيًا على المزايا المتوقعة منها ، فإذا كانت اللياقة البدنية هى الإهتمام الأولى ، فإن الرياضة الكثيفة للغاية ، التى تؤدى إلى زيادة معدل ضربات القلب بصورة متصلة ستكون مهمة (Morehouse and Gross , 1975) ومن المهم للغاية فى هذة الحالة الحصول على النصيحة الطبية بشأن البرنامج الرياضى . ويؤدى البرنامج الرياضى الذى يتضمن تدريبات شاقة (مثل السباحة وركوب الدراجة والجرى والرقص) ، والذى يستمر لمدة تتراوح بين ١٥ - ٣٠ دقيقة ، ويتكرر ثلاث مرات على الأقل فى الاسبوع لمدة ١٠ - ١٢ أسبوعًا إلى زيادة لياقة الشرايين التاجية ، وإنقاص دهون الجسم، وزيادة مرونة الأنسجة ، وتنعكس هذة الآثار الاخيرة على مدى سمك طبقة الجلد ، وبقدر أبطئ على خفض الوزن ، إذا ماحدث مثل هذا المخفض . وإذا كان الهدف الأساسى هو خفض مخاطر أمراض الشرايين التاجية وخفض الوزن ، وليس اللياقة البدنية فلا حاجة لممارسة رياضة شاقة ، فالمشى والعمل فى الحديقة والرياضة الخفيفة وبقية أنماط الحياة النشطة يمكن أن تكون مفيدة للصحة ، ويمكن أن تساعد على توازن الطاقة . وحيث يكون الهدف الرئيسى زيادة نسبة الوقت المستغرق فى المجهود النشط . ويمكن تحقيق ذلك من خلال وصفة معينة ، مثال ذلك المشى لمدة ٣٠ دقيقة يوميًا أو القيام بانشطة تتضمن مجهوداً مثل صعود السلالم بدلا من استخدام المصاعد ، والمشى بدلاً من قيادة السيارة . وقد قدم براونيل وستنكارد Brownell and Stunkard (1980) مقادير السعرات الحرارية المستهلكة فى الانشطة المختلفة .

خفض الأفكار السلبية

أصبح العلاج السلوكى يتضمن الآن إشارات أكثر للعمليات المعرفية . ولا يعد العلاج السلوكى للبدانة استثناءً من ذلك (Leon , 1979) وكانت الاستخدامات المبكرة للأساليب المعرفية فى علاج البدانة تميل إلى استخدام التنفير(٢) . وقد أوصى هوران وزملاؤة Horan et al ., (1975) وآخرون غيرة الشخص البدين أن يتبنى نمطًا سلبيًا وناقداً فى الحديث إلى النفس ، وكان الهدف من وراء ذلك توفير

(1) Stimulus Control .
(2) Aversion .

تدعيم سلبى ، يمكن أن يؤثر فى كمية الأكل . وقد تم الجمع بين هذا الأسلوب ، وبين استخدام صورة إيجابية لمظهر ذاتى جديد يتسم بالرشاقة كوسيلة للمكافأة . ويعيب هذا المنحى تأكيده على المكونات المعرفية السلبية لدى المرضى المعروف عنهم أن لديهم صورة سلبية اساساً عن الذات ، وشعبية منخفضة ، ويعانون من سوء المعاملة والتمييز نتيجة لحجمهم . ولايمكن التوصية باستخدام حزمة علاجية تتضمن تدريبًا على التقدير المنخفض للذات فى الحالات ، التى لايمكن فيها تحقيق خفض جوهرى فى الوزن ، أو التى لايؤدى خفض الوزن فيها إلى تغيير فى مشكلة الانخفاض فى تقدير الذات .

والمنحى المقابل أقرب إلى الأفكار الحديثة فى علاج المرضى البدناء ، فهو يشجع صورة الذات الإيجابية ، ويشجع النمو فى تقدير الذات ، ويتعين أن يكون استخدام اساليب العلاج المعرفى جزءاً روتينيًا فى العلاج . ويحتمل أن يسهم التفكير الإيجابى فى الوصول إلى حالة مزاجية أفضل ، وتوقعات أعلى للتغير (Mahoney and Mahoney , 1976) . ويمكن للاستراتيجيات المعرفية التى تهدف تحسين صورة الجسم أن تكون مفيدة للغاية . وبالإضافة إلى تحديد وتعديل الأفكار السلبية ، سيكون من المفيد توعية المرضى البدناء بالمعلومات حول الحقائق المغلوطة الشائعة ، حول أن الأشخاص البدناء لايأكلون أكثر مما يأكل النحفاء ، وأن البدانة البسيطة أو المتوسطة لاتتضمن مخاطر صحية للنساء ، وأن محددات البدانة بيولوجية أساسا ، وأن النظام الغذائى يخفض المعدل الأيضى ويعزز الميل لاختزان الدهون ، وبالتالى لايوجد أى علاج فعال . ويمكن فى هذا السياق إعطاء المرضى البحوث الحديثة حول البدانة ، التى تلخص الحقائق حول هذة النقاط مثل مقالات وولى وزملائها , Wooley and Wooley) 1979; Garner and Wooley , 1991) أو كتاب مارسيا ميلمان (1980) Marcia Millman . وفى الوقت نفسة يمكن تأكيد أهمية ومزايا الأكل الصحى ونمط الحياة النشطة ، واللذين لهما مترتبات نفسية وطبية إيجابية . كما يمكن أن تكون مبادئ بوليفى وهيرمان Polivey and Herman فى البرامج غير الغذائية مفيدة أيضًا (Polivey and Herman , 1992) .

خلاصــــــة

تتزايد نسبة أصحاب الوزن الزائد بين السكان ، فى الوقت الذى تُقاوم فية الضغوط الاجتماعية في اتجاه الرشاقة . وغالبا مايمثل التحكم في الوزن أحد الانشغالات الرئيسية لدى النساء فى العالم الغربى . وتكون الضغوط أكبر تحت هذة الظروف لتقديم العلاج ، غير أن مخاطر استغلال هذا الوضع تظل أكبر . والدلائل الحالية تبين أن الناس لديهم فرصة ضئيلة لفقدان قدر كبير من الوزن . وهناك التزام على الاخصائيين النفسيين ألا يقدموا الكثير من الوعود ، أو أن يسهموا فى زيادة إحساس المريض بالفشل عندما تكون النتائج ضعيفة .

ومؤشرات وولى وولى Wooley and Wooley (1979) العامة لأولئك الذين يقدمون العلاج للبدانة مازالت ملائمة ، حتى الآن ، وتتلخص فى الآتى :

١ – يتعين ألا يُسقط المهنيون فى مجال الرعاية الصحية قيمهم الخاصة على المرضى بأن ينتقدوا زيادة وزنهم أو يحرصوا على العلاجات غير المرغوبة .

٢ – يتعين نصح المرضى بالمخاطر الصحية المتعلقة بالبدانة بطريقة تسمح بأصح تقييم لهذه المخاطر لدى الشخص المعين .

٣ – يتعين إعطاء المرضى أية معلومات متاحة على المدى القصير ، وعلى المدى البعيد حول معدلات نجاح العلاج.

٤ – يتعين مساعدة المرضى على اتخاذ قرارات مستقلة .

٥ – يتعين تقديم المساعدة للمرضى الذين يختاروا الحفاظ على الزيادة فى أوزانهم ؛ لكى يتوافقوا مع مترتبات قراراتهم .

٦ – يتعين تقديم المساعدة للمرضى ، الذين يفشلون فى إنقاص وزنهم .

٧ – على المعالجين المساعدة فى رفع الضغوط غير الملائمة ، التى تقع على الأشخاص أصحاب الوزن الزائد ، مجاراة للمعايير الاجتماعية . (Wooley and Wooley , 1979 : 77) .

ورغم ذلك ، فالموقف لايخلو من الأمل . ويجب التفكير فى التحكم فى الوزن لسببين يتعلق أحدهما بالمخاطر الصحية ، ويتعلق الثانى بالصورة السلبية للجسم لدى البدناء .

ويتباين التوازن بين هذين الدافعين لدى المرضى . وحتى عندما يكون التحكم فى الوزن غير ممكن واقعيًا ، فإن خفض المخاطر الصحية وتحسين صورة الجسم أمران يمكن تحقيقهما ، ويمكن خفض مخاطر الشرايين التاجية بتبنى نظام غذائى صحى (غير محدود السعرات الحرارية بالضرورة) وبزيادة مستوى الأنشطة ويمكن لصورة الجسم أن تتأثر إيجابًا بالجمع بين الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية .

علاج فقدان الشهية

خلـفية

دائما مايكون لمرضى فقدان الشهية تاريخ جيد قبل المرض ، ومشكلات حادة نسبيا . وقد جذبت صعوباتهم جهود المعالجين من مدارس علاجية مختلفة ، ولكنهم برهنوا على مقاومتهم للتغير بقدر مثير للدهشة .

وتتضمن الخصائص النفسية الأساسية فى فقدان الشهية شذوذاً فى تعاطى الطعام ، يؤدى إلى نقص الوزن وبغض لاستعادته . وبالإضافة إلى هذة الصعوبات ، يعبر الكثير من المرضى عن صراعات تدور حول التحكم والسلوك الجنسى والإنجاز والنضج . والتى يمكن أن تتضمن جميعها دلالات تتعلق بالمرض وأسبابه .

والصورة الكلاسيكية لفقدان الشهية العصبى هى لامرأة شابة هزيلة القوام ، ترفض أن تأكل مايزيد عن كمية ضئيلة من الأطعمة ذات السعرات الحرارية المنخفضة . وعلى الرغم من ذلك ، كان من الواضح فى وقت ما أن نسبة من مرضى فقدان الشهية يحتمل أن تصل إلى ٥٠ فى المئة منهم يأكلون بشراهة ، أو أنهم يتقيئون بعد ذلك ، أو يسيئون استخدام الملينات . ويرى عدد من المؤلفين أن الفروق بين من يقيدون أكلهم وبين الأنماط الفرعية من مرضى الشره العصبى ، تشير إلى أن لهما تشخيصاً مختلفاً . (Decosta and Halmi , 1992) وعلى عكس البدناء الذين يعرفون أنفسهم ، فإن فقدان الشهية لايتضمن استبصاراً . وأغلب مرضى فقدان الشهية لديهم صورة مشوهه عن الجسم ، وخوف من البدانة، بما يجعلهم يقاومون قبول أى علاج يؤدى إلى زيادة الوزن ، وبالتالى يصبح من الضرورى بداية تكريس قدر هام من الجهد لإغراء المريض للمشاركة فى العلاج . ويتعين اتخاذ إجراءات علاج قسرية فى الحالات، التى يصل فيها فقدان الوزن لمستوى تهديد الحياة . ويمكن للمترتبات الطبية لفقدان الشهية أن تكون خطيرة. والموت شائع بدرجة مخيفة بين هؤلاء المرضى ؛ نتيجة للتعقيدات الخاصة بالجوع الشديد ، والقىء وسوء استخدام الملينات. ومن الأمور الحيوية للغاية إجراء تقدير لحالة المريض ؛ بهدف تقييم الأعراض

الأيضية ووظائف التبول والكبد والموقف الغذائى (Turner and Shapiro , 1992)

وتفضى الإجراءات العلاجية لفقدان الشهية لمسارين من الاهتمامات : فتتجه جهود التمريض والرعاية الطبية نحو الاستعادة الفورية للوزن والتنظيم الأيضى ، والذى غالبًا ما يتطلب إقامة المريض فى المستشفى . ويتجة العلاج بعد ذلك ، عندما تحدث بعض التغيرات فى الوزن إلى العلاج النفسى ، الذى يستهدف الاتجاهات والمعتقدات ، المفترض أنها تقف خلف مشكلة الوزن . ولسوء الحظ لايتساوى النجاح فى الحالتين ؛ إذ تبدو زيادة الوزن ممكنة على المدى القصير بالنسبة لأغلب المرضى ، غير أنه تبين أن حدوث تغيير أكبر ودائم كان أكثر صعوبة . وتكشف المتابعات على المدى الطويل لعلاج مرضى فقدان الشهية عن استمرار الشذوذ فى أنماط الأكل وفى الاتجاهات ، كما تكشف أيضًا عن معدلات انتكاس مرتفعة (Hsu et al ., 1979 Garfinkel and Garner , 1982; Kreipe et al ., 1989)

التحكم فى الوزن

كثيراً مايتطلب الفقدان الخطير للوزن أن يتم العلاج بالإقامة فى المستشفى . وكان موقف الإقامة هو المتضمن فى أغلب تقارير التحكم فى الوزن ، على الرغم من الاعتراف بأنه يمكن علاج بعض المرضى خارج المستشفى (Barcai , 1971; Agran and Werne , 1981; Yates , 1990; Herzog et al ., 1992)

وقد صدرت أول تقارير العلاج السلوكى لفقدان الشهية العصبى عام ١٩٦٥ (Hallsten , 1965 Bachrach et al ., 1965) ; ثم بمفردها أو بالجمع بينها وبين العلاجات الدوائية أو النفسية ، ثم أصبحت عماد أساليب التحكم الحالية . وجوهرالعلاج السلوكى هو تقديم عائد وتعزيز اكتساب الوزن . وقد أشارت التقارير المبكرة لاستخدام أسلوب الحرمان من المزايا (الزوار ، الملابس ، التليفزيون ، والمكالمات التليفونية) ، والتى يعود المريض للحصول عليها بشكل منظم ، بناء على تحقيقة زيادة فى وزنة (Bachrach et al ., 1965; Leitenberg et al ., 1968) وقد توسع بلندر وزملاؤة Blinder et al ., (1970) فى هذا الأسلوب ؛ لكى يتضمن التمرينات الرياضية ، التى تعد تفضيلات معروفة لدى مرضى فقدان الشهية ؛ للوصول إلى مستويات عليا من النشاط ، يعد مصدراً تدعيميًا مناسبًا على وجة الخصوص . وعمومًا . فإن تطبيق إجراءات التدعيم يبدأ مع جمع البيانات القاعدية حول الأكل والوزن على امتداد أسبوع ، أو نحو ذلك . ويتم تحديد الوزن المستهدف مع بداية العلاج ، اعتمادًا على الوزن الصحى السابق ، أو على بعض التقديرات التقريبية (٩٠ فى المئة على سبيل المثال) من الوزن المعيارى بين السكان (Metropolitan Life Insurance Company , 1983) ثم يتم تعاقد بشكل رسمى أو شبة رسمى مع المريض ، يحدد فية متوسط الوزن المستهدف وقائمة التعزيزات . وغالبًا ماتخضع بعض المعزرات لبعض القواعد الأخلاقية « فيتعين أن يتضمن استخدام أساليب التدعيم فى البرامج العلاجية تقديم الأطعمة ، أو المزايا التى تؤدى إلى التحسين على وجة الحصر » (Royal College of Psychlatrists et al ., 1980 : Chapter4, par. 49) وبالتالى لايتعين وضع قيود على استخدام الحمامات أو التليفون ... الخ . ولكن لاقيود على استخدام المزايا الإضافية مثل الحصول على انتباة فريق الرعاية والتنزة والمجلات ، والتى يمكن استخدامها كمكافآت لزيادة الوزن . وعادة ماتتحقق الزيادة فى الوزن ، نتيجة لتناول وجبات مرتفعة السعرات الحرارية ، ويوصى بمقدار يومى من السعرات بين ٣٠٠٠ إلى ٥٠٠٠ ، مع السماح بقدر أقل من ذلك فى البداية (Halmi et al ., 1975) ، وتتضمن إجراءات التمريض تشجيع وإغراء المريض على تناول وجبات إضافية كبيرة . ,e . g. Morgan and Russell)

(1975 ، غير أن تناول الطعام يترك لحرية المريض فى برامج العلاج التى تعتمد على التشريط الفعال (١)، وحيث يراقب الوزن فقط . وقد يكون لهذا الأسلوب بعض المزايا إذ يجنب الصراعات حول الطعام ، كما أن النوعية الغذائية ضرورية أيضًا ؛ إذ إن المريض دائمًا مايكون غير مستبصر بعناصر الأكل الصحى السليم.

ويبلغ متوسط الوزن الذى يتعين زيادته فى العلاجات المختلفة بين ٣ - ٤ أرطال فى الأسبوع (Van Buskirk, 1977) وبالتالى فإن أهداف زيادة الوزن التى تدور حول نصف رطل فى اليوم ، ستكون ملائمة ويُعتقد على نطاق واسع أن المعدلات المرتفعة للزيادة فى الوزن ، ستؤدى لعدم تمكن المريض من قبولها ، بالإضافة إلى آثارها الجانبية غير السارة .

ويستطيع أغلب المرضى الإذعان لهذا النظام ، وهم يذعنون له بالفعل ، ولكن على حساب أشياء أخرى شخصية ؛ إذ إن زيادة الوزن هى الشىء الوحيد ، الذى كانوا يثابرون على تجنبه ، وهم يتفهمون معاناتهم من بعض الكدر الذى يشعرون به . ويمكن للتعليقات التى تصدر من فريق المستشفى وأفراد العائلة ، التى تشير إلى تحسن هيئة المريض أن تئول بصورة سلبية ؛ حيث يكون الكثير من المرضى فى نضال نشط مع مظهر غير صحى هش .

وقد اكتسبت الأساليب التشريطية الفعالة شعبية ، عندما استخدمت إمكانية تحقيق زيادة فى الوزن، دون استخدام عقاقير أو إجراءات قسرية . وقد أظهرت سلسلة من دراسات الحالة أن اكتساب الوزن ارتبط بالإجراءات التعزيزية (Blinder et al ., 1970; Garfinkel et al ., 1973; Bhanji and Thompson , 1974) وعلى الرغم من ذلك ، لم تتوصل الدراسات المضبوطة للمتوسط القاطع للزيادة المتوقعة . وقد وجد إيكرت وزملاؤة Ekert et al. (1979) ، من خلال دراسة منهجية عشوائية أن العلاج البيئى (٢) أدى إلى القدرالفورى نفسه من الأكتساب الذى تحققة الإجراءات التدعيمية . ولم يجد جارفينكل وزملاؤة Garfinkel et al (1977) فى دراسة معادة فروقًا بين الأساليب السلوكية والعلاج النفسى (٣) عند المتابعة .

تتوفر أيضًا تقارير حول التأثيرات الجيدة للجمع بين العلاج الاسرى (٤) ، وتعديل السلوك (٥) Rosman et al . (1975) ، ولمنحى علاجى نفسى أكثر صرامة (Crisp, 1965; Hall and Crisp , 1987 ; Crisp et al ., 1991) ، على الرغم من أن هذا الأخير يتضمن بالضرورة نظامًا غير رسمى لتشجيع ومؤازرة زيادة الوزن . وقارن كريسب وزملاؤة Crisp et al . (1991) فى أحد البحوث القليلة المضبوطة بين علاج متخصص داخل المستشفى ، أو علاج متخصص خارج المستشفى (جمعى أو فردى) مع حالات أعيد تحويلها إلى طبيب العناية الاولية ، أو الخدمات السيكايترية المحلية . وقد حققت العلاجات الثلاثة المتخصصة زيادة مشابهة فى الوزن ، كانت جميعها أعلى مما تحقق لدى المجموعة الضابطة ، ولم توجد فروق جوهرية بين الحالات ، التى عولجت والحالات الضابطة على بقية المقاييس .

---

(1) Operant - based programs .
(2) Milieu therapy .
(3) Psychotherapy .
(4) Famiiy therapy .
(5) Behavior modification .

وبالتالى فإن الدلائل الحالية تشير إلى أن المناحى العلاجية ، التى تقوم على أيٍّ من المواقف النظرية المختلفة ستؤدى إلى نتائج جيدة ، من حيث تحقيق زيادة فى الوزن على المدى القصير . ودلالة هذة النتيجة هى أن قوة العلاج قد تكمن فى الخصائص المشتركة بين البرامج المختلفة ، مثل : قبول المريض لحاجته للعلاج ، وإبعاد المريض عن بيئتة المنزلية ، ودعم فريق العلاج لاكتساب الوزن وزيادة الأكل، وليس فى المكونات النوعية فى العلاج . وقدم هالمى Halmi (1985) وأجراس Agras (1987) الخطوط العريضة فى هذا المجال .

تدبر اتجاهات فقدان الشهية

يحصل المرضى على علاجات أخرى ، غالبًا ماتكون خارج المستشفى ، بعد أن يكون هناك استمرار فى اكتساب الوزن . وتصاغ هذة العلاجات نظريًا باعتبارها علاجًا للمشكلات الكامنة ، التى تنشأ عند فقدان الوزن (Bruch, 1973) ، وهى تهدف لتشجيع وتقييم آثار العلاج الفعال (١) (Halmi et al., 1975) ، والتعامل مع الصراعات التى تنشأ مع زيادة الوزن والنضج البدنى (Crisp, 1980) ، أو علاج الاتجاهات غير السوية نحو الوزن والأكل (Garpinkel and Garner , 1982) ، وقد استخدمت فى ذلك العديد من المناحى المختلفة ، إلا أنه لاتوجد بعد دراسات مضبوطة ، توضح بشكل غير ملتبس كفاءة الكثير من هــذه الأسـاليب العلاجية ، التى تستغرق فترات طويلة . ويتضمن العلاج فى بعض الأحيان منحى معين ، مثل : التحليل النفسى التقليدى (Silverman , 1974) ، والعلاج الأسرى (Minuchin et al ., 1978) أو تعديل السلوك (Halmi et al ., 1975) . على الرغم من ذلك ، فالأكثر شيوعًا هو تطوير الاخصائيين الأكلينيكيين ، أصحاب الخبرة لأساليبهم الخاصة المشتقة من خلفيات نظرية متعددة ، والتى تستهدف الصعوبات النوعية ، التى يعتقد أن مرضى فقدان الشهية العصبى يعانون منها (1973) Bruch . وقدم كل من سيلفينى – بالازولى Selvini - Palaz3olli (1974) وكريسب Crisp (1980) وجارفينكل وجارتر Garfinkel and Garner (1982) وجارتر وبيمس Garner and Bemis (1985) تفاصيل وتقدير دقيق لجهودهم الأكلينيكية فى هذا المجال ، غير أنه لاتتوفر حتى الآن بيانات حول النتائج ، يمكن على أساسها الاختيار بين هذه الأساليب . وعلى الرغم من ذلك ، يتفق كل الأخصائيين النفسين على خصائص معينة فى الخليفة النفسية لمرضى فقدان الشهية العصبى ، تتطلب انتباهًا علاجيًا ، وتناقش فى الأجزاء التالية بعض المكونات الشائعة فى العلاج .

العلاقة مع المعالج

تعد إقامة علاقة تدعيمية مع المعالج جزءاً مهمًا فى علاج فقدان الشهية العصبى . ولايسهل دائمًا تحقيق ذلك ؛ نتيجة لتضارب مشاعر مرضى فقدان الشهية نحو العلاج . وبالأخص عندما يتطلب زيادة فى الوزن . ومن الجوهرى أن يوفر للمريض فهم دقيق حول معنى الوزن والبدانة ، بالإضافة إلى الالتزام بنمط علاجى واضح وموجة بشكل أمين . ويحاول بعض المرضى تضليل المعالج عمداً ؛ بهدف تجنب المترتبات التى تسبب لهم الخوف ، ويتعين التعامل مع هذا الأمر دون تدمير للعلاقة معهم . وقد أكد جارنر Garner (1985) ردود الفعل الانفعالية السلبية القوية التى يستجيب بها مرضى فقدان الشهية فى بعض السياقات العلاجية . ويوصى بعدد من الخطوات التى يمكن القيام بها لخفض ردود الفعل هذه . ومن بين أهم الأمور أن يكون المعالج خبيرًا ، ويفهم الاعتماد المتبادل بين العوامل الجسمية والنفسية والاجتماعية فى الإضطراب ، ولدية شغف أصيل بهذا النوع من المرضى .

(1) Operant treatment .

تعديل صورة الجسم

يصف الكثير من المرضى أنفسهم على أنهم بدناء . ولدى بعضهم صورة مبالغ فيها عن ضخامة أجسامهم . ويوفر التقييم الدقيق لصورة الجسم وتوفير عائد هذا التقييم للمريض إمكانية التغيير . ويمكن الحصول على تأثير أكبر ، من خلال إعداد شريط فيديو للمريضة ، إلى جانب نساء أخريات ممن لاتُقيم أجسامهن بطريقة مشوهة . وبالإضافة إلى مواجهة المريضة بالمعلومات حول الحجم الحقيقى لجسمها ، يجب إمدادها ببعض الاستراتيجيات ، التى تمكنها من إعادة تفسير مفاهيمها المشوهه . ويمكن أن يتضمن ذلك تبادلاً لحوار جدلى ، أو تعليمها أن تعــطى مقداراً أقل من الانتــباه للمعــلومات الإدراكية (Garner and Bemis, 1985) وقد طورت أساليب معرفية - سلوكية لتعديل صورة الجسم (Butters and Cash , 1987) .

التفاعل الأسرى الاجتماعى

يمكن بالنسبة للمرضى الذين مازالوا على علاقة وثيقة بالأسرة تغيير الكثير من أنماط التفاعل المعقدة والمتشابكة ، وأنماط التواصل والتدعيم بصورة إيجابية (Strober and Humphrey, 1987) ، حتى دون القيام بعلاج أسرى شامل . وعلى المعالج أن يفحص الموقف الأسرى، ويقيم ويعدل المجالات التى تتعارض مع التحسن وقد يمتد ذلك من اكتشاف حاجة الأسرة لأن يكون بها عضو مريض ، إلى احتمالات امتداح واعجاب أسرة المريض وأصدقائه بمظهره البدنى المرضى (Branch and Eurman, 1980) . ويتعين على المعالج أن يتذكر فى هذا السياق أن مشكلة التغـذية بمثابة مـرض مسـتوطن بين النساء ، وأن أعضاء أسرة المريض من النساء يمكن أن يكونوا عرضة للضغوط نفسها ، ولكن بقدر أقل من النجاح ، لذا فإن درجة من الحسد قد تكون موجودة . وقد علق كثير من الأخصائيين النفسين على صعوبة تمتع مرضى فقدان الشهية بحياتهن الاستقلالية المفضلة والمنظمة ، وأن هذا الأمر يتجاوز حدود الصعوبات السوية ، التى توجد لدى المراهقين ، وبالتالى فإن المساندة والإرشاد سيكونا مهمين . وتؤكد كل البحوث الوصفية التى أجريت على مرضى فقدان الشهية ، وبالأخص المرضى المقيدين لغذائهن وليس الشرهات على أنهن انطوائيات وقلقات اجتماعياً (Beumont et al ., 1976; Casper et al., 1980) ، وتتعزز هذه الخصائص بتجنب اجتماعى ثانوى ، تسببه مخاوف مواجهة المواقف ، التى يتوقع أن تتضمن تناولاً للطعام ، ويؤدى كشف مواقف المريض وصعوبات المواقف الاجتماعية إلى تعرف عديد من المجالات، التى تتضمن مشكلات يمكن التعامل معها بعد ذلك ، وبما يسمح للمريض أن يستأنف حياة اجتماعية أكثر سواءً . وقد أوردت التقارير كثيراً من الصعوبات فى مجالات الأداء النفسى الجنسى ، ومن المعتقد على نطاق واسع أن المرض يتضمن تعقيدات ليست بعيدة الصلة عن تجنب النضج الجنسى (Crisp, 1980) . وعلى الرغـم من ذلك ، تتـوفر دلائل قـليلة من المقـابلات التفصـيلية مع مرضى فقدان الشـهـية حول معلومـاتهن الجنسية ، واتجاهاتهن وخبراتهن الجنسية قبل المرض على أنهن يختلفن عن سائر النساء السويات . وعلى الرغم من ذلك فما أن يستقر نمط فقدان الشهية ، حتى تذكر أغلب المريضات انخفاضاً فى طاقتهن الجنسية (Beumont et al ., 1981; Burvat - Herbaut et al ., 1983) .

تحدى الاتجاهات والمعتقدات فى فقدان الشهية

إحدى الخصائص التى تعد ،على نطاق واسع ، عقبة رئيسية أمام التحسن على المدى الطويل فى فقدان الشهية ، هى معتقدات المريض الصارمة حول الخطأ الجوهرى فى البدانة والأكل ، وصواب النحافة والقيود الغذائية . وتتضمن المرحلة الأولى فى التعديل تمكن المريض من تحديد هذه المعتقدات ومساعدته

على فهم الفرق الدقيق بين الضغوط الاجتماعية المتعلقة بالنحافة ، والتى تؤدى إلى نماذج لعارضات الموضة تتسق مع خصائص فاقدى الشهية ، وبين البواعث المرضية للنحافة ، التى تدمر الحياة الشخصية للمريض ، وفهم الضغوط الاجتماعية حول الأطعمة بالمثل ، والتى تتضمن اعتبار بعض الأطعمة المعينة سيئة أو دسمة ، والتى يجب أن تفهم باعتبارها خلفية الحماس المبالغ فيه ، الذى يتصرف مرضى فقدان الشهية وفقًا له .

وغالبًا مالايعى مرضى فقدان الشهية الآثار الفسيولوجية والنفسية للتضور جوعاً ، والتى وثقها كيز وزملاؤه (Keys et al. (1950 بتوسع . وتوفر مناقشة هذة الأمور مع المريض استبصاراً جيدًا ، وقد تزيد من دافعية للتغير ، ويمكن أن يتلو ذلك توفير معلومات غذائية مناسبة . وتمهد هذه الاستبصارات الطريق لتخلى المريض عن موقفه ، ثم يتلوها منحى علاجى ، يقوم على أسس معرفية .

وقد أوضح جارنر وبيمس (Garner and Bemis (1985 وجارفينكل وجارنر Garfinkel and Garner(1982) بعض التشوهات فى التفكير ، التى دائمًا ما يذكرها مرضى فقدان الشهية ، كما قدمت واردل (Wardle (1989 بعض المقترحات الأخرى للتدخل .

خلاصـــة

لاتوفر دراسات المتابعة لفقدان الشهية العصبى التى تمتد لفترات أطول ، ومهما كان الأسلوب العلاجى ، نتائج مشجعة (Steinhausen and Glanville, 1983) ، ويفقد كثير من المرضى أوزانهم مرة أخرى بعد خروجهم من المستشفى ومن بين أولئك الذين لايفقدون أوزانهم عدد كبير ، يصبح لديهم وزن زائد (Seidensticker and Tzagournis , 1968) وحتى فى حالة الوزن السوى ، يستمر الكثير من المرضى فى عادات أكل غير سوية ، ويبدأ بعضهم فى الأكل بشراهه ثم التقيؤ ، بينما يظهر البعض الآخر توقفًا وتقييدًا ، ومن بين مجموعة كريسب Crisp المكونة من ١٩ مريضًا ، الذين حققوا زيادة فى الوزن ، تضاهى المستويات السكانية السوية ، والتى تلاها علاج نفسى خارج المستشفى كان من بينهم ٩ فقط هم من يقال أنهم أصبحوا أحسن حالاً (Crisp , 1965) وفى مجموعة عام ١٩٧٩ (Hsu et al ., 1979) صنف ٤٨ فقط من بين ١٠٠ مريض فى فئة اصحاب النتائج الجيدة . وبالمثل أعاد مورجان ورسل Morgan and Russell(1975) أكثر من نصف مرضاهم للمستشفى أخرى ، خلال السنوات الاربعة من متابعتهم منذ دخولهم المستشفى أول مرة . ويذكر مورجان وزملاؤه (Morgan et al . (1983 أن مجموعة مرضاهم الذين عولجوا أساساً خارج المستشفى ، فشل ٤٢ فى المائة منهم فى تحقيق شفاء تام . ويذكر هيجز وزملاؤه (Higgs et al . (1989 نتائج ضعيفة مشابهه . كما يصف كريب وزملاؤه Kreipe et al . (1989) ظهور شره عصبى ، فى حوالى ٥٠ فى المئة من الحالات .

وتميل العوامل المؤدية لمآل جيد فى الوقت الراهن ، لأن تكون عوامل عامة لاتخص الطبيعة المرضية فى فقدان الشهية ، أو نوع العلاج ، من ذلك شخصية جيدة قبل بداية المرض ، وعلاقات أسرية جيدة . وعلى الرغم من ذلك فإن الأعراض النوعية مثل الخوف من البدانة هى التى لايمكن تغييرها . وتحتاج الجهود البحثية التالية للتوجة نحو هذة المشكلات الصعبة ، ونحو عمليات التغير ، وبهذا يمكن بدء فهم نتائج العلاج بمفاهيم العمليات العلاجية .

علاج الشره العصبى

خلفية

تم تعريف الشرة العصبى فى فترة أحدث ، ولكنة اضطراب شائع بصورة متزايدة ، وتعانى منة النساء الشابات . والخاصية الأساسية فيه هى نوبات من الافراط الشديد فى الأكل (شره) ، الذى يحتل موقعاً مقابلاً لخلفية حادة من القيود الغذائية . وغالباً (وليس دائماً) مايتبع الشره فى الأكل قىء متعمد، أو استخدام مفرط للملينات . وهناك الكثير من الاتفاق بين الخصائص النفسية لهؤلاء المرضى، وخصائص فقدان الشهية ، من ذلك مقت البدانة فى المحل الأول . والكثيرون من هؤلاء المرضى لهم تاريخ سابق فى فقدان الشهية العصبى ، أو فترات من القيود الغذائية ، وفقدان الوزن بعد بداية الشره (Russell , 1979; Fairburn and Cooper , 1984; pyle et al ., 1981) ، وفى مقابل ذلك يوجد لدى نسبة مهمة من مرضى فقدان الشهية نمط أكل شره ، أو أنهم يميلون لتطوير مثل هذا النمط ، وبما يؤكد الصلة الوثيقة بين هذة الاضطرابات (Garfinkel et al ., 1980; Dally and Gomez , 1979; Hsu et al ., 1979; Kreipe et al., 1989) ويعد الخوف من زيادة الوزن واضطراب صورة الجسم من الأمور المحورية فى هذا الاضطراب.

والفرق التشخيصى الجوهرى بين فقدان الشهية العصبى والشره العصبى هو الوزن ؛ إذ يتطلب تشخيص فقدان الشهية العصبى أن يكون وزن الجسم منخفضاً ، بينما يكون وزن أكثر مرضى الشره العصبى الذين يسعون للمساعدة أقل قليلاً من المعتاد ، أو وزناً زائداً فى حالات نادرة . وعلى الرغم من ذلك ، قام جارنر وزملاؤه Garner et al.(1985a) بفحص صدق التمييز بين الشره المصحوب بفقدان الشهية وغير المصحوب بفقدان لها ، ووجدوا دلائل على أن فاقدى الشهية الشرهين يشبهون بدرجة ألصق الشرهين أصحاب الوزن العادى ، أكثر مما يشبهون فاقدى الشهية ، أصحاب القيود على الأكل . ويتعلق فرق ثانى بإدراك المرض ؛ فمرضى الشره دائماً مايكونون واعين بعدم سواء سلوكهم ، وهم منزعجين لكل من انشغالهم بالطعام وشرههم . وبالتالى فهم أكثر ميلاً للبحث عن المساعدة من مرضى فقدان الشهية، ممن يكون إنكارهم للمرض أحد العلامات المميزة لهم .

ويتضمن تراث علاج الشره سلسلة من الحالات الفردية ، كما يضم خلال الفترة الأحدث محاولات مضبوطة (Freeman et al ., 1988; Fairburn et al ., 1991) ، وهناك زيادة ضخمة فى الاهتمامات فى هذا المجال ، كما تضمنت التقارير العلاجية للشره خلال السنوات الحديثة عدداً من تقارير علاج فقدان الشهية العصبى . وهناك خط عام مؤكد فى هذا التراث العلاجى ، يتضمن تطبيقًا لعادات الأكل السوية ، وخفضًا للقيمة المبالغ فيها للنحافة . ويمكن فى هذا المجال استخدام البرامج العلاجية السلوكية والمعرفية سواء فرديا أو على أسس جماعية . ودائماً مايتم العلاج خارج المستشفى ، وليس لمرضى مقيمين . وهناك احتمال كبير أن مواقف العلاج الجماعى توفر دعمًا ونصحًا لأفراد الجماعة بطريقة فعالة . غير أن الحاجة الدقيقة لتطوير برنامج علاج فردى ، تتغلب أحيانًا على مزايا الدعم الاجتماعى . ويميل القدر الأكبر من البحوث المنشورة نحو التوجهات العلاجية المعرفية والسلوكية ،على الرغم من أن المعالجات النساء أكدن على مايعتقد أنه صراعات أساسية فى سيكلوجية المرأة ، تعد بمثابة الأسباب الجذرية لمشكلات الأكل (Orbach, 1984) ووفقًا لهذا يوصين بمناخٍ علاجية تقوم على التحليل النفسى . وعلى الرغم من ذلك ، لاتوجد دلائل جوهرية على اضطراب أساسى فى الشخصية لدى النساء الشرهات ، وبالتالى يبدو أن المناحى العلاجية السلوكية والمعرفية المباشرة توفر أفضل شكل من العلاج .

وهناك أيضاً بعض الاهتمام بالعلاج الدوائى ، والعلاج الذى يجمع بين الدواء والعلاج السلوكى . وقد تبين فى دراسة واحدة أن الجمع بين العلاجين أفضل من أستخدام مضادات الاكتئاب وحدها ، وربما أفضل من العلاج السلوكى وحده ، على المدى القصير على الأقل (Agras et al ., 1992) .

وكان القئ هو المستهدف فى بعض العلاجات ، فى ضوء فهم أن القئ يدعم الأكل بشراهة (Welch , 1979; Rosen and Leitenberg , 1982) ، وقد جرى التأكيد فى حالات أخرى على علاج التحكم فى الأكل فى حد ذاته (Fairburn , 1981; Smith and Medlik , 1983; Lacey , 1983) بينما انصب تأكيد البعض الأخر على استعادة أنماط الأكل غير المقيد (Garner et al ., 1985b) ويصف جونسون وزملاؤه .,Johnson et al ما أسموه منحى تدبر الأعراض [1]، والذى يتضمن مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية (Johnson et al ., 1987) . وتعتبر جودة العلاقة بالمعالج أمراً شديد الأهمية فى علاج فقدان الشهية . وتتضمن الأجزاء التالية وصفاً مختصراً لمكونات العلاج .

الرقابة الذاتية على تناول الطعام ، والقئ ، والانشغال بالطعام

لايستطيع الكثير من المرضى مجرد تذكر متى كانت أخر مرة تناولوا فيها الطعام بطريقة سوية ؛ مما يتطلب مراناً لهم . وغالباً مايقوم كل المعالجين بتشجيع المرضى على التخلى عن القيود الغذائية والعودة إلى الأكل بطريقة عادية . ويبدو أن كمية طعام يومية تتكون ، من ٢٠٠٠ سعر حرارى تقريبا من خلال ثلاث وجبات ، مع أكلات خفيفة واحدة أو اثنتين فى اليوم ستكون مناسبة لأغلب المرضى . غير أن التعليمات التفصيلية تكون ضرورية فى الكثير من الحالات ؛ لتجنب الشك والصراع . ويتم الضغط بشدة على ضرورة الأكل بمعدلات طبيعية حتى إذا حدثت نوبة نهم . وسيكون من الحكمة فى البداية تجنب الأطعمة « الخطيرة » وإن كان يمكن تقديمها تدريجياً . وقد تبين بعض المرضى أنه من المفيد أن تكون لديهم نسخ من صفحات مفكرات يومية لأشخاص يأكلون بطريقة سوية (أو على الأقل لأشخاص سبق أن كانوا مرضى وعولجوا) ليستخدمونها فى المقارنة - ويندهش مرضى الشره ، مثلهم فى ذلك مثل مرضى فقدان الشهية ، من اكتشاف أن الانشغال بالطعام والرغبة أو التشوق للأكل والفشل فى الشبع والنهم يميل للحدوث ؛ نتيجة للحرمان من الطعام . ودائماً مايكون من المفيد وصف الدراسات المتعلقة بعدم السواء فى الأكل للاشخاص المقيدين بنظام غذائى (Herman and Poilvy , 1980; Wardle , 1987) ، وتاثيرات التضور جوعاً (Keys et al ., 1950) . ويقدم جارنر وزملاؤه . Garner et al (1985b) برنامجاً تعليمياً نفسياً ممتازاً فى هذا الشأن .

وقد برهن الجوع والشبع أيضاً على أنهما مُشكلين . ولدى الكثير من المرضى متاعب فى تعرف هذه الحالات . ويشجع المرضى فى بعض البرامج ؛ ليكونوا أكثر استجابيةً لاحتياجات جسمهم ، وأن يراقبوا مشاعرهم ، وان ياكلوا عندما يكونون جوعى « فعلاً» . وعلى الرغم من ذلك ، يوحى التراث الخاص بتنظيم كمية الطعام أن هذا الأمر قد يكون جزءاً صعباً فى الموقف . وقد تتطور أنماط الجوع والشبع استجابة لأوقات وكميات الأكل ؛ إذ من المؤكد أن عادات المرضى فى الأكل والتقيؤ الممتدة لفترات طويلة ، غالباً ماتقطع الروابط بين الحالة الواقعية والخبرة الذاتية ، ويبدو أن أكثر النماذج المفيدة هنا هى نماذج التعلم ؛ أى أن الجوع والشبع يتطلبان نمط وجبات منتظمة (Booth, 1980) ، وامتناعاً عن تناول الطعام فى غير أوقاته . وتؤيد سجلات الأكل ذلك ، ويكتسب أغلب المرضى الإحساس بالجوع والشبع حول أوقات وجباتهم المعتادة.

---

(1) Symptom mangement approach .

التعرض للأطعمة الممنوعة

يقسم مرضى الشره الطعام إلى نوعين . يسمى أحدهما طعامًا « سيء » أو « سُمًى » أو ممنوعًا أو خطرًا ويتناولونه فقط فى حالة النهم . ويسمى النوع الثانى جيداً . والنوع الأول من الأطعمة غير متنوع ، وذو سعرات حرارية مكثفة ، بينما الأخير طعام حميد، مثل الفواكة والخضروات والأجبان قليلة الدسم....إلخ .

واستجابة المرضى لرؤية الأطعمة الخطيرة أو التفكير فيها ، يجعلهم فى شدة القلق ، وفى صراع ومعرضين لخطر النهم.

ويقبل أغلب المعالجين فكرة الحاجة ، فى عمليات تطبيع الأكل ، إلى توازن بين التحكم فى المنبة والتعرض . ويتعين أولا بهدف خفض تكرار نوبات النهم ، أن يكون التعرض لمواقف النهم محدودا ، وأن يتم مساعدة المريض على الحصول على مساندة لتجنب النهم . ويمكن تدريجيًا إعادة تقديم الطعام المثير للخوف ، ومواجهة المواقف المثيرة للخوف ، ويبدو أن التعرض مفيد ، ويمكن أن يؤدى تقديم الأطعمة السيئة أولا فى وجود المعالج ، ثم للمريض بمفردة إلى انكماش حجم قائمة الأطعمة السيئة . ويصف بعض الأخصائيين الأكلينيكيين ذلك بتعبيرات التعرض ومنع الاستجابة ، على الرغم من أن الآراء تتباين حول ما إذا كانت الاستجابة المقصودة هى الأكل (Schmidt and Marks , 1988; Tensen et al ., 1989 أو التقيؤ (Rosen and Leitenberg, 1982) . وعلى الرغم من ذلك ، هناك الآن بعض الشك حول ما إذا كان منع استجابة التقيؤ مكونًا علاجيًا ذا قيمة أم لا (Agras et al ., 1989) .

خفض التقيؤ وسوء استخدام الملينات

تم تناول هذا الأمر بداية ، بالتركيز أساسًا على مخاطر التحلل الكهربائى (١) (Mitchell et al., 1983; Tohnson et al ., 1987) والدور الذى يلعبة التقيؤ فى مواصلة النهم هو أنه يهيئ نظام الشبع، ليتفق مع تناول كميات ضخمة من الطعام ، وتجنب مترتبات النهم . وعادة مايمكن ، عند هذه النقطة ، أن يطلب من المرضى التوقف ، أو وضع سلسلة من الاهداف للخفض المستمر من القئ . ومن المثير للدهشة أن التخلص من كل من القيئ وسوء إستخدام الملينات برهن على أنه ليس أمرًا صعبًا دائمًا . ويمكن فى بعض الحالات الأخرى تضمين التعرض النشط ، ومنع الاستجابة فى برنامج يسمح فيه للمريض أن ياكل حتى يصل إلى مستوى إلحاح الرغبة فى التقيؤ وعندئذ يقوم بمقاومتها . وعلى الرغم من ذلك أظهرت مجموعة المرضى ، الذين استخدموا التعرض فى دراسة مضبوطة تحسنًا ضئيلاً مقارنة بمجموعة عدم التعرض (Leitenberg et al ., 1988)

التغلب على إلحاح الأكل

أكثر الأساليب شيوعًا فى هذا المجال هى تحديد المؤشرات البيئية / المعرفية ، وأن يتم إرشاد المريض لتجنبها أو إبعاد انتباهه عنها ، إلى أن يتم تنظيم تناول كميات طعام عادية . وأكثر المثيرات شيوعًا هى كون الشخص بمفردة وبدون صحبة ، وفى حضرة أطعمة « سيئة » . وقد تقنع مراقبة المريض الذاتية لتشوقة للأكل ، أن تأخير تناولة سيسمح بإضعاف الإلحاح ، غير أن هذا الأمر لايحدث دائمًا . وفى مثل هذة الأوقات قد يؤدى الاستسلام لإلحاح الأكل بطريقة متحضرة (طبخ الأكل ثم تناولة ببطء على المائدة) إلى أفضل فرص تفادى المسلسل الكامل للنهم .

(1) Electrolyte .

تدبر الانشغال بالوزن

دائما مايمثل الانشغال بالوزن والشعور بالبدانة ضغطًا مكدرًا (Robenson et al., 1983) ويقوم أغلب المرضى بوزن أنفسهم بشكل متكرر ، وعلى الرغم من ذلك ، فإن شدة الشعور لاترتبط بالوزن الفعلى ، بل بالتنبة الذى يحدثة الاكل أو الشعور بضيق الملابس ، أو بالمزاج السلبى أحيانًا . ويذكر الكثير من المرضى أيضًا تجنبهم لمواقف اجتماعية وجنسية معينة ، يشعرون خلالها أن بدانتهم ستكون ملحوظة .

ويمكن أن يتبع تحديد الأفكار المختلطة (المشوشة) الحصول على تعاون المريضة فى التعامل معها باعتبارها أفكارًا سلبية (Beck, 1976) ، ويمكن عند هذة النقطة استخدام أسلوب يجمع بين المناحى المعرفية والسلوكية بالطريقة التي وصفها فيربورن (Fairburn (1981 أو جارنر وبيمس Garner and Bemis (1985) . وقد وصف وولى وكارنى - كوك (Wooley and Kearney - Cooke (1985 أسلوبًا للتعامل مع اضطراب صورة الجسم ، يؤكد على المعنى الحضارى للنحافة . ودائمًا مايكون من المفيد أيضًا تشجيع المريض للقيام ببعض التمارين الرياضية النشطة (مثل : الجرى ، والأيروبك ، والسباحة) والتى يمكن أن ترتبط دائما بالتحسن فى صورة الجسم .

خـــــــلاصه

كان من المعتقد ، عندما وصفت حالة الشره العصبى للمرة الأولى ، أن مآلها ضعيف (Russell , 1979) لأن مرضى الشره يسلكون بطريقة سيئة فى نظم الرعاية التمريضية داخل المستشفى . وكان من المعروف أن فاقدى الشهية الشرهين يسلكون بقدر أسوأ قليلاً فى العلاج ، مقارنة بالمرضى المقيدين فقط لطعامهم (Casper et al ., 1980) . وعلى الرغم من ذلك يبدو أن هذا التشاؤم لم يكن فى موضعه إذ أن تقارير الحالة التالية تضمنت نتائج إيجابية بشكل عام بعد العلاج خارج المستشفى بمعدلات أسبوعية على امتداد فترات ، تمتد بين ثلاثة إلى أربعة أشهر (Fairburn , 1988) . وقد أيدت الدراسات التى عقدت مقارنات بين تطبيق حزم علاجية متعددة المكونات ، وبين مجموعات ضابطة لم تتلق علاجًا أن العلاج كان فعالاً (Lacey , 1983; Freeman et al., 1988) كما أشارت دراسات أخرى مضبوطة إلى أن العلاج المعرفى السلوكى الكامل أكثر فعالية من التدخلات المختصرة (Ordman and Kirschenbaum, 1985) ومن العلاج الجماعى غير الموجهة (١) (Kirkley et al ., 1985)، والعلاج النفسى التفاعلى (٢) (Fairburn et al ., 1991) . وعلى الرغم من ذلك ، وجدت أغلب الدراسات أن الكثيرين من المرضى لم يتحسنوا بصورة درامية نتيجة للعلاج ، وأن هناك دائما مشكلات انتكاس خطيرة . ونادراً مايكون هناك خلو من الأعراض (Garner , 1987) ؛ ولهذا السبب سيكون من الضرورى الاستمرار فى اكتشاف مناحى علاجيه لهذه المشكلة المكدرة .

(1) Non - directive group Therapy .
(2) Interpersonal psychotherapy .

References

Agras, W. S. (1987) *Eating Disorders: Management of Obesity, Bulimia and Anorexia Nervosa*, New York: Pergamon.

Agras, W. S. and Werne, J. (1981) 'Disorders of eating', in Turner *et al.* (eds) *Handbook of Clinical Behaviour Therapy*, New York: Wiley.

Agras, W. S., Schneider, J. A., Arnow, B., Raeburn, S. D., and Telch, C. F. (1989) 'Cognitive-behavioral and response-prevention treatments for bulimia nervosa', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 215–21.

Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B., Schneider, J. A., Telch, C. F., Raeburn, S. D., Bruce, B., Perl, M. and Koran, L. M. (1992) 'Pharmacologic and cognitive-behavioural treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison', *American Journal of Psychiatry* 149: 82–7.

Bachrach, A. J., Erwin, W. J. and Mohr, J. P. (1965) 'The control of eating behaviour in an anorexic by operant conditioning techniques', in L. P. Ullman and J. Krasner (eds) *Case Studies in Behavior Modification*, New York: Holt, Rinehart and Winston.

Ballantyne, D., Clark, A., Dyker, G. S., Gillis, C. R., Hawthorne, V. M., Henry, D. A., Hole, D. S., Murdoch, R. M., Semple, T. and Stewart, G. M. (1978) 'Prescribing exercise for the healthy: Assessment of compliance and effects on plasma lipids and lipoproteins', *Health Bulletin* (July): 169–79.

Banting, W. (1863) *Letter on Corpulence Addressed to the Public*, London: Harrison.

Barcai, A. (1971) 'Family therapy in the treatment of anorexia nervosa', *American Journal of Psychiatry* 128: 286–90.

Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International University Press.

Beneke, W. M., Paulson, B. and McReynolds, W. T. (1978) 'Long-term results of two behavior modification weight loss programmes using nutritionists as therapists', *Behavior Therapy* 9: 501–7.

Beumont, P. J. V., George, G. C. W. and Smart, D. E. (1976) '"Dieters" and "vomiters and purgers" in anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 6: 617–32.

Beumont, P. J. V., Abraham, S. F. and Samson, K. G. (1981) 'The psychosexual histories of adolescent girls and young women with anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 11: 131–40.

Bhanji, S. and Thompson, J. (1974) 'Operant conditioning in the treatment of anorexia nervosa', *British Journal of Psychiatry* 124: 166–72.

Blackburn, G. L. and Kanders, B. S. (1987) 'Medical evaluation and treatment of the obese patient with cardiovascular disease', *American Journal of Cardiology* 60: 55g–58g.

Blinder, B. J., Freeman, D. and Stunkard, A. J. (1970) 'Behaviour therapy of anorexia nervosa: affectiveness of activity as a reinforcer of weight gain', *American Journal of Psychiatry* 126: 1093–8.

Booth, D. A. (1980) 'Acquired behaviour controlling energy intake and output', in A. J. Stunkard (ed.) *Obesity*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Bouchard, C., Shephard, R. J., Stephens, T., Sutton, R. J. and McPherson, B. D. (eds) (1990) *Exercise, Fitness, and Health: A Consensus of Current Knowledge*, Champaign, Ill.: Human Kinetics Publishers.

Boyer, J. L. and Kasch, F. W. (1970) 'Exercise therapy in hypertensive men', *Journal of the American Medical Association* 211: 1668–71.

Branch, C. H. H. and Eurman, L. H. J. (1980) 'Social attitudes toward patients with anorexia nervosa', *American Journal of Psychiatry* 137: 631–2.

Bray, G. A. (1976) *The Obese Patient*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Brownell, K. D. (1987) *The learn program for weight control*, Philadelphia, PA: University of Pennsylvania School of Medicine.

Brownell, K. D. and Jeffery, R. W. (1987) 'Improving long-term weight-loss: pushing the limits of treatment', *Behavior Therapy* 18: 353–74.

Brownell, K. D. and Stunkard, A. J. (1978) 'Behaviour therapy and behaviour change: uncertainties in programs for weight control', *Behaviour Research and Therapy* 16: 301.

Brownell, K. D. and Stunkard, A. J. (1980) 'Physical activity in the development and control of obesity', in A. J. Stunkard (ed.) *Obesity*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Brownell, K. D. and Wadden, T. A. (1983) 'Behavioral and self-help treatments', in M. R. C. Greenwood (ed.) *Obesity*, New York: Churchill Livingstone.

Brownell, K. D. and Wadden, T. A. (1992) 'Etiology and treatment of obesity: understanding a serious, prevalent and refractory disorder', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 505–17.

Bruch, H. (1973) *Eating Disorders, Obesity, Anorexia and the Person Within*, New York: Basic Books.

Burvat-Herbaut, M., Hebbinckuys, P., Lemaire, A. and Burvat, J. (1983) 'Attitudes towards weight, body image, eating, menstruation, pregnancy, and sexuality in 81 cases of anorexia, compared with 288 normal control schoolgirls', *International Journal of Eating Disorders* 2: 45–59.

Butters, J. W. and Cash, T. F. (1987) 'Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 889–97.

Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. C. and Davis, J. M. (1980 'Bulimia. Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa', *Archives of General Psychiatry* 37: 1030–4.

Channon, S. and Wardle, J. (1989) 'Cognitive-behavioural treatment of eating disorders', in J. Scott, M. Williams and A. Beck (eds) *Cognitive Therapy in Clinical Practice*, London: Routledge.

Crisp, A. H. (1965) 'A treatment regime for anorexia nervosa', *British Journal of Psychiatry* 112: 505–12.

Crisp, A. H. (1980) *Anorexia Nervosa: Let Me Be*, London: Academic Press.

Crisp, A. H., Norton, K., Gowers, S., Halek, C., Bowyer, C., Yeldman, D., Levett, G. and Bhat, A. (1991) 'A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa', *British Journal of Psychiatry* 159: 325–33.

DaCosta, M. and Halmi, K. A. (1992) 'Classifications of anorexia nervosa: the question of subtypes', *International Journal of Eating Disorders* 11: 305–13.

Dahlkoetter, J., Callahan, E. G. and Linton, J. (1979) 'Obesity and the unbalanced energy equation: exercise vs eating habit change', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47: 898–905.

Dally, P. and Gomez, J. (1979) *Anorexia Nervosa*, London: William Heinemann.

Dishman, R. K. (1991) 'Increasing and maintaining exercise and physical activity', *Behavior Therapy* 22: 345–78.

Dworkin, S. H. and Kerr, B. A. (1987) 'Comparison of interventions for women experiencing body image problems', *Journal of Counseling Psychology* 34: 136–40.

Dwyer, J. (1980) 'Sixteen popular diets', in A. J. Stunkard, (ed) *Obesity*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Dwyer, J. (1992) 'Nutritional remedies: reasonable and questionable', *Annals of Behavioral Medicine* 14: 120–5.

Eckert, E. D., Goldberg, S. C. and Halmi, K. A., Caspar, R. C. and Davis, J. M. (1979) 'Behaviour Therapy in Anorexia Nervosa', *British Journal of Psychiatry* 134: 55–9.

Fairburn, C. G. (1981) 'A cognitive-behavioural approach to the management of bulimia', *Psychological Medicine* 11: 697–706.

Fairburn, C. G. (1985) 'Cognitive-behavioral treatment for bulimia', in D. M. Garner and P. E. Garfinkel (eds) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G. (1988) 'The current status of the psychological treatments for bulimia nervosa', *Journal of Psychosomatic Research* 32: 635–45.

Fairburn, C. G. and Cooper, P. J. (1984) 'The clinical features of bulimia nervosa', *British Journal of Psychiatry* 144: 238–46.

Fairburn, C. G. and Garner, D. M. (1989) 'The diagnosis of bulimia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 5: 403–19.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., Burton, J. and Hope, R. A. (1991) 'Three psychological treatments for bulimia nervosa', *Archives of General Psychiatry* 48: 463–9.

Ferguson, J. M. (1975) *Learning to Eat: Behaviour Modification for Weight Control*, Palo Alto, Calif.: Bull.

Ferster, C. B., Nurnberger, J. I. and Levitt, E. B. (1962) 'The control of eating', *Journal of Mathematics* 1: 87–109.

Freeman, C. P. L., Barry, F., Dunkeld-Turnbull, J. and Henderson, A. (1988) 'Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa', *British Medical Journal* 296: 521–5.

Ganley, R. M. (1988) 'Emotional eating and how it relates to dietary restraint, disinhibition, and perceived hunger', *International Journal of Eating Disorders* 7: 635–47.

Garfinkel, P. E. and Garner, D. M. (1982) *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*, New York: Brunner Mazel.

Garfinkel, P. E., Kline, S. A. and Stancer, H. C. (1973) 'Treatment of anorexia nervosa using operant conditioning techniques', *Journal of Nervous and Mental Disease* 157: 428–33.

Garfinkel, P. E., Moldofsky, H. and Garner, D. M. (1977) 'The role of behaviour modification in the treatment of anorexia nervosa', *Journal of Paediatric Psychology* 2: 113–21.

Garfinkel, P. E., Moldofsky, H. and Garner, D. M. (1980) 'The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct subgroup', *Archives of General Psychology* 37: 1036–40.

Garner, D. M. (1985) 'Iatrogenesis in anorexia nervosa and bulimia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 4: 701–26.

Garner, D. M. (1987) 'Psychotherapy outcome research with bulimia nervosa', *Psychotherapy and Psychosomatic* 48: 129–40.

Garner, D. M. and Bemis, K. M. (1985) 'Cognitive Therapy for anorexia nervosa', in D. M. Garner and P. E. Garfinkel (eds) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.

Garner, D. M., Fairburn, C. G. and Davis, R. (1987) 'Cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a critical appraisal', *Behavior Modification* 11: 398–431.

Garner, D. M. and Garfinkel, P. E. (1980) 'Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 10: 647–56.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E. and O'Shaughnessy, M. (1985a) 'The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa', *American Journal of Psychiatry* 142: 581–7.

Garner, D. M., Rockert, W., Olmsted, M. P., Johnson, C. and Coscina, D. V. (1985b) 'Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia', in D. M. Garner and P. E. Garfinkel (eds) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.

Garner, D. M. and Wooley, S. C. (1991) 'Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity', *Clinical Psychology Review* 11: 729–80.

Glasser, W. (1976) *Positive Addiction*, New York: Harper and Row.

Gwinup, G. (1975) 'Effect of exercise alone on the weight of obese women', *Archives of International Medicine* 135: 676–80.

Hall, A. and Crisp, A. H. (1987) 'Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: outcome at one year', *British Journal of Psychiatry* 151: 185–91.

Hallsten, E. A. (1965) 'Adolescent anorexia nervosa treated by desensitisation', *Behaviour Research and Therapy* 3: 87–91.

Halmi, K. A. (1985) 'Behavioral management for anorexia nervosa', in D. M. Garner and P. E. Garfinkel (eds) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.

Halmi, K. A., Powers, D. and Cunningham, S. (1975) 'Treatment of anorexia nervosa with behaviour therapy', *Archives of General Psychiatry* 32: 93–7.

Heatherton, T. F. and Baumeister, R. F. (1992) 'Binge-eating as escape from self-awareness', *Psychological Bulletin* 110: 86–108.

Herman, P. E. and Polivy, I, J. (1980) 'Restrained eating', in A. J. Stunkard (ed.) *Obesity*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Herzog, D. B., Keller, M. B., Strober, M., Yeh, C. and Pai, S-Y. (1992) 'The current status of treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 12: 215–20.

Higgs, J. F., Goodyer, I. M. and Birch, J. (1989) 'Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder', *Archives of Diseases of Childhood* 64: 346–51.

Hoberman, H. M. and Kroll-Mensing, D. (1991) 'Eating disorders in adolescents', *Current Opinion in Psychiatry* 4: 542–8.

Horan, J. J., Baker, S. B., Hoffman, A. M. and Shute, R. E. (1975) 'Weight loss through variations in the covenant control paradigm', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 68–72.

Hsu, L., Crisp, A. H. and Harding, B. (1979) 'Outcome of anorexia nervosa', *Lancet* 1: 61–5.

Jansen, A., Van den Hout, M. A., De Loof, C., Zandbergen, J. and Griez, E. (1989) 'A case of bulimia successfully treated by cue exposure', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 20: 327–32.

Jeffery, R. W. (1992) 'Is obesity a risk factor for cardiovascular disease?', *Annals of Behavioral Medicine* 14: 109–12.

Jeffery, R. W., Wing, R. R. and Stunkard, A. J. (1978) 'Behavioral treatment of obesity: the state of the art 1976', *Behavior Therapy* 9: 189–99.

Jeffrey, D. B. and Katz, R. G. (1977) *Take It Off and Keep It Off*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Johnson, C., Connors, M. E. and Tobin, D. L. (1987) 'Symptom management of bulimia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 668–76.

Jordan, H. A., Levitz, L. S. and Kimbrell, G. M. (1977) *Eating is Okay: A Radical Approach to Weight Loss, The Behavioral Control Diet*, New York: Rawson.

Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelson, O. and Taylor, H. L. (1950) *The Biology of Human Starvation*, Minneapolis: University of Minnesota Press.

Kirkley, B. G., Schneider, J. A., Agras, W. S. and Bachman, J. A. (1985) 'Comparison of two group treatments for bulimia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53: 43–8.

Kreipe, R. E., Churchill, B. H. and Strauss, J. (1989) 'Long term outcome in adolescents with anorexia nervosa', *American Journal of Diseases of Children* 143: 1322–7.

Krotkiewski, M., Sjostrom, L. and Sullivan, L. (1977) 'Effects of long term training on adipose tissue cellularity and body composition in hypertrophic and hyperplastic obesity', *International Journal of Obesity* 2: 395.

Lacey, J. H. (1983) 'Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long term outcome', *British Medical Journal* 286 (21 May 1983): 1609.

LeBow, M. D. (1981) *Weight Control: The Behavioral Strategies*, New York: John Wiley.

LeBow, M. D. (1989) *Adult Obesity Therapy*, New York: Pergamon.

Leitenberg, H., Agras, W. S. and Thomson, L. E. (1968) 'A sequential analysis of the effect of selective positive reinforcement in modifying anorexia nervosa', *Behaviour Research and Therapy* 6: 211–18.

Leitenberg, H., Rosen, J. C., Gross, J., Nudelman, S. and Vara, L. S. (1988) 'Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 535–41.

Leon, G. R. (1979) 'Cognitive-behavior therapy for eating disturbances', in P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds) *Cognitive-Behavioral Interventions*, New York: Academic Press.

Stern, J. S. (1983) 'Diet and exercise', in M. R. C. Greenwood (ed.) *Obesity*, New York: Churchill Livingstone.

Sternberg, B. (1985) 'Relapses in weight control: definitions, processes, and prevention strategies', in G. A. Marlatt, and J. R. Gordon (eds) *Relapse Prevention*, New York: Guilford.

Strober, M. and Humphrey, L. L. (1987) 'Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 654–9.

Stuart, R. B. (1967) 'Behavioural control of overeating', *Behaviour Research and Therapy*, 5: 357–65.

Stuart, R. B. and Davis, B. (1972) *Slim Chance in a Fat World: Behavioral Control of Obesity*, Champaign, Il.: Research Press.

Stunkard, A. J. and Mahoney, M. J. (1976) 'Behavioural treatment of the eating disorders', in H. Leitenberg (ed.) *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Stunkard, A. J., Foch, T. T. and Hrubec, Z. (1986) 'A twin study of human obesity', *Journal of the American Medical Association* 256: 51–4.

Thompson, J. K., Jarvie, G. J., Lahey, B. B. and Cureton, K. J. (1982) 'Exercise and obesity: Etiology, physiology and intervention', *Psychological Bulletin* 91: 55–79.

Turner, M. St. J. and Shapiro, C. M. (1992) 'The biochemistry of anorexia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 12: 179–93.

Van Buskirk, S. W. (1977) 'A two-phase perspective on the treatment of anorexia nervosa', *Psychological Bulletin* 84: 529–38.

Wadden, T. A. and Stunkard, A. J. (1986) 'Controlled trial of very low-calorie diet, behavior therapy, and their combination in the treatment of obesity', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 482–8.

Wadden, T. A., Stunkard, A. J. and Liebschutz, J. (1988) 'Three-year follow-up of the treatment of obesity by very low-calorie diet, behavior therapy, and their combination', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 925–8.

Wardle, J. (1987) 'Compulsive eating and dieting restraint', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 47–55.

Wardle, J. (1989) 'The management of obesity', in S. Pearce and J. Wardle (eds) *The Practice of Behavioural Medicine*, Oxford: Oxford University Press.

Wardle, J. (1990) 'Conditioning processes and cue exposure in the modification of excessive eating', *Addictive Behaviors* 15: 387–93.

Wardle, J. and Beinart, H. (1981) 'Binge eating: a theoretical review', *British Journal of Clinical Psychology* 20: 97–109.

Wardle, J., Marsland, L., Sheikh, Y., Quinn, M., Fedoroff, I. and Ogden, J. (1992) 'Eating style and eating behaviour in adolescents', *Appetite* 18: 167–83.

Welch, G. J. (1979) 'The treatment of compulsive vomiting and obsessive thoughts through graduated response delay, response prevention and cognitive correction, *Journal of Behaviour Therapy Experimental Psychiatry* 10: 77–82.

Wilson, G. T. and Brownell, K. D. (1980) 'Behaviour therapy for obesity: An evaluation of treatment outcome', *Archives of Behavior Research Therapy* 3: 49–86.

Wooley, O. W., Wooley, S. C. and Dyrenforth, S. R. (1979) 'Obesity and women II. A neglected feminist topic', *Women's Studies International Quarterly* 2: 81–92.

Wooley, S. C. and Kearney-Cooke, A. (1985) 'Intensive treatment of bulimia and body-image disturbance', in K. D. Brownell and J. P. Foreyt (eds) *Handbook of Eating Disorders*, New York: Basic Books.

Wooley, S. C. and Wooley, O. W. (1979) 'Obesity and women I. A closer look at the facts', *Women's Studies International Quarterly* 2: 69–79.

Wooley, S. C., Wooley, O. W. and Dyrenforth, S. R. (1979) 'Theoretical, practical and social issues in behavioural treatments of obesity', *Journal of Applied Behavioural Analysis* 12: 3–25.

Perri, M. G., Lauer, J. B., McAdoo, W. G., McAlister, D. A. and Yancey, D. Z. (1986) 'Enhancing the efficacy of behavior therapy for obesity: effects and aerobic exercise and a multicomponent maintenance program', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52: 404–13.

Pi-Sunyer, F. X. (1987) 'Exercise effects on calorie intake', *Annals of the New York Academy of Sciences* 449: 94–103.

Polivy, J. and Herman, C. P. (1992) 'Undieting: a program to help people stop dieting', *International Journal of Eating Disorders* 11: 261–8.

Pyle, R. L., Mitchell, J. E. and Eckert, E. D. (1981) 'Bulimia: A report of 34 cases', *Journal of Clinical Psychology* 42: 60-4.

Robinson, R. G., Tortosa, M., Sullivan, J., Buchanan, E., Andersen, A. E. and Folstein, M. F. (1983) 'Quantitive assessment of psychologic state of patients with anorexia nervosa or bulimia: response to caloric stimulus', *Psychosomatic Medicine* 45: 283–92.

Romanczyk, R. G., Tracey, D. A., Wilson, F. T. and Thorpe, G. L. (1973) 'Behavioral techniques in the treatment of obesity: A comparative analysis', *Behaviour Research and Therapy* 11: 629–40.

Rosen, J. C. and Leitenberg, H. (1982) 'Bulimia nervosa: Treatment with exposure and response prevention', *Behavior Therapy* 13: 117–24.

Rosen, J. C. and Leitenberg, H. (1985) 'Exposure plus response prevention treatment of bulimia', in D. M. Garner and P. E. Garfinkel (eds) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.

Rosen, J. C., Minuchin, S., Leibman, R. and Baker, L. (1975) 'Input and output of family therapy in anorexia nervosa', in J. L. Claghorn (ed.) *Successful Psychotherapy*, New York: Brunner/Mazel.

Rosman, B. L., Minuchin, S., Leibman, R. and Baker, L. (1975) 'Input and outcome of family therapy in anorexia nervosa', in J. L. Claghorn (ed.) *Successful Psychotherapy*, New York: Brunner/Mazel.

Royal College of Psychiatrists, Royal College of Nursing and British Psychological Society (1980) *Behaviour Modification: Report of a Joint Working Party*, London: HMSO.

Russell, G. F. M. (1979) 'Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 9: 429–48.

Schachter, S. (1971) 'Some extraordinary facts about obese humans and rats', *American Psychology* 26: 129–44.

Schachter, S. and Rodin, J. (1974) *Obese Humans and Rats*, Washington DC: Erlbaum-Halstead.

Schmidt, U. and Marks, J. (1988) 'Cue exposure to food plus response prevention of binges for bulimia: a pilot study', *International Journal of Eating Disorders* 7: 663–72.

Seidensticker, J. F. and Tzagournis, M. (1968) 'Anorexia nervosa – clinical features and long term follow-up', *Journal of Chronic Diseases* 21: 361–7.

Selvini-Palazolli, M. (1974) *Anorexia Nervosa*, London: Chaucer Publishing Company.

Silverman, J. A. (1974) 'Anorexia nervosa: Clinical observations in a successful treatment plan', *Journal of Paediatrics* 84: 68–73.

Smith, G. R. and Medlik, L. (1983) 'Modification of binge eating in anorexia nervosa: A single case report', *Behavioural Psychotherapy* 11: 249–56.

Sobal, J. (1991) 'Obesity and nutritional sociology: a model for coping with the stigma of obesity', *Clinical Sociology Review* 9: 125–41.

Sobal, J. and Stunkard, A. J. (1989) 'Socioeconomic status and obesity: a review of the literature', *Psychological Bulletin* 105: 260–75.

Stalonas, P. M., Johnson, W. G. and Grist, M. (1978) 'Behaviour modification for obesity: the evaluation of exercise, contingency management and program adherence', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 463–9.

Steinhausen, H. C. and Glanville, K. (1983) 'Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of research findings', *Psychological Medicine* 13: 239–49.

Stern, J. S. (1983) 'Diet and exercise', in M. R. C. Greenwood (ed.) *Obesity*, New York: Churchill Livingstone.

Sternberg, B. (1985) 'Relapses in weight control: definitions, processes, and prevention strategies', in G. A. Marlatt, and J. R. Gordon (eds) *Relapse Prevention*, New York: Guilford.

Strober, M. and Humphrey, L. L. (1987) 'Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 654–9.

Stuart, R. B. (1967) 'Behavioural control of overeating', *Behaviour Research and Therapy*, 5: 357–65.

Stuart, R. B. and Davis, B. (1972) *Slim Chance in a Fat World: Behavioral Control of Obesity*, Champaign, Il.: Research Press.

Stunkard, A. J. and Mahoney, M. J. (1976) 'Behavioural treatment of the eating disorders', in H. Leitenberg (ed.) *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Stunkard, A. J., Foch, T. T. and Hrubec, Z. (1986) 'A twin study of human obesity', *Journal of the American Medical Association* 256: 51–4.

Thompson, J. K., Jarvie, G. J., Lahey, B. B. and Cureton, K. J. (1982) 'Exercise and obesity: Etiology, physiology and intervention', *Psychological Bulletin* 91: 55–79.

Turner, M. St. J. and Shapiro, C. M. (1992) 'The biochemistry of anorexia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 12: 179–93.

Van Buskirk, S. W. (1977) 'A two-phase perspective on the treatment of anorexia nervosa', *Psychological Bulletin* 84: 529–38.

Wadden, T. A. and Stunkard, A. J. (1986) 'Controlled trial of very low-calorie diet, behavior therapy, and their combination in the treatment of obesity', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 482–8.

Wadden, T. A., Stunkard, A. J. and Liebschutz, J. (1988) 'Three-year follow-up of the treatment of obesity by very low-calorie diet, behavior therapy, and their combination', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 925–8.

Wardle, J. (1987) 'Compulsive eating and dieting restraint', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 47–55.

Wardle, J. (1989) 'The management of obesity', in S. Pearce and J. Wardle (eds) *The Practice of Behavioural Medicine*, Oxford: Oxford University Press.

Wardle, J. (1990) 'Conditioning processes and cue exposure in the modification of excessive eating', *Addictive Behaviors* 15: 387–93.

Wardle, J. and Beinart, H. (1981) 'Binge eating: a theoretical review', *British Journal of Clinical Psychology* 20: 97–109.

Wardle, J., Marsland, L., Sheikh, Y., Quinn, M., Fedoroff, I. and Ogden, J. (1992) 'Eating style and eating behaviour in adolescents', *Appetite* 18: 167–83.

Welch, G. J. (1979) 'The treatment of compulsive vomiting and obsessive thoughts through graduated response delay, response prevention and cognitive correction, *Journal of Behaviour Therapy Experimental Psychiatry* 10: 77–82.

Wilson, G. T. and Brownell, K. D. (1980) 'Behaviour therapy for obesity: An evaluation of treatment outcome', *Archives of Behavior Research Therapy* 3: 49–86.

Wooley, O. W., Wooley, S. C. and Dyrenforth, S. R. (1979) 'Obesity and women II. A neglected feminist topic', *Women's Studies International Quarterly* 2: 81–92.

Wooley, S. C. and Kearney-Cooke, A. (1985) 'Intensive treatment of bulimia and body-image disturbance', in K. D. Brownell and J. P. Foreyt (eds) *Handbook of Eating Disorders*, New York: Basic Books.

Wooley, S. C. and Wooley, O. W. (1979) 'Obesity and women I. A closer look at the facts', *Women's Studies International Quarterly* 2: 69–79.

Wooley, S. C., Wooley, O. W. and Dyrenforth, S. R. (1979) 'Theoretical, practical and social issues in behavioural treatments of obesity', *Journal of Applied Behavioural Analysis* 12: 3–25.

Wysocki, T., Hall, G., Iwata, B. and Riordan, M. (1979) 'Behavioural management of exercise: contracting for aerobic points', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 12: 55–64.

Yates, A. (1990) 'A current perspective on the eating disorders II. Treatment, outcome, and research directions', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29: 1–9.